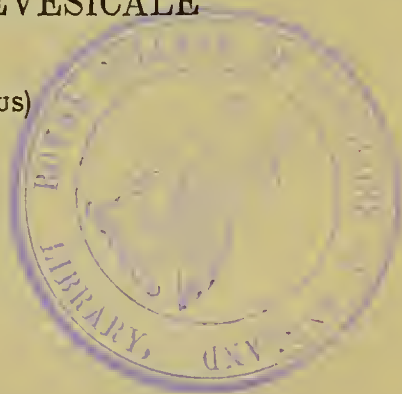
LES

TUMEURS AIGUES ET CHRONIQUES

DE LA CAVITÉ PRÉVÉSICALE

(CAVITÉ DE RETZIUS)



2

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LES

TUMEURS AIGUES ET CHRONIQUES

DE LA

CAVITÉ PRÉVÉSICALE

(CAVITÉ DE RETZIUS)

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(Section de chirurgie et d'accouchements)

Et soutenue à la Faculté de médecine de Paris

PAR

Le D[r] G. BOUILLY,

Chirurgien des hôpitaux.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 29-31

1880

TABLE DES MATIÈRES

DEUXIÈME PARTIE.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 29-31.

LES

TUMEURS AIGUES ET CHRONIQUES

DE LA CAVITÉ PRÉVÉSICALE

(Cavité de Retzius)



AVANT-PROPOS.

DÉFINITION. — DIVISION.

L'importance d'un mot sur le cours des idées, sur la description de certains faits, sur leur interprétation, ne saurait trouver de meilleure preuve que l'énoncé même de la question qui nous est posée : l'association de ces deux mots, *cavité prévésicale*, *cavité prépéritonéale*, a fixé l'attention des observateurs sur cette partie de l'abdomen dont l'anatomie et la pathologie n'étaient pas spécialement décrites, et a fait éclore un certain nombre de faits qui seraient peut-être restés dans l'ombre sans la circonstance du nouveau baptême de la région.

Notre tâche actuelle consiste à réunir ces matériaux épars, à colliger les faits anciens qui ont été observés dans la région hypogastrique profonde, sans parti pris de localisation anatomique, et ceux plus récents que les observateurs contemporains y décrivent avec connaissance de

cause, en un mot, à faire l'histoire pathologique de la région prévésicale.

En effet, sous ce titre de *tumeurs*, qui semble ne s'adresser qu'à un seul chapitre de cette pathologie, je serai amené à décrire celle-ci tout entière. La constitution de la région, assez bien limitée en haut et sur les côtés, au moins dans sa partie supérieure, la présence de la vessie en arrière, imposent aux affections développées dans cette zone la forme de tuméfactions circonscrites, de véritables tumeurs, en prenant ce mot dans son sens le plus large. Cette tumeur hypogastrique est un des premiers phénomènes qui frappent l'observateur et l'un des plus importants, puisque la détermination de son siège et de sa nature conduit aux véritables indications thérapeutiques et opératoires.

Je ne chercherai pas, après tant d'autres, ce qu'il faut entendre par le mot de *tumeur*, et je ne ferai aucun effort pour en donner une définition, dont le moindre défaut serait de ne pas s'appliquer à la généralité des faits. S'il est convenu que le nom de *tumeurs* doit être réservé plus particulièrement aux productions morbides *persistantes*, l'usage a étendu ce mot à toute éminence circonscrite, développée dans un espace à parois inextensibles ou limitées. Du reste, le terme de *tumeurs aiguës* qui fait partie de l'énoncé de la question, mettrait fin à toutes les indécisions s'il pouvait en exister.

Nous comprendrons donc sous le nom de *tumeurs de la région prévésicale* toutes les intumescences plus ou moins volumineuses, aiguës ou chroniques, qui peuvent se développer dans la région susdite, les unes formées par l'inflammation du tissu cellulaire, les autres, par des collections circonscrites, accidentelles ; d'autres, enfin, par des productions nouvelles persistantes, auxquelles on devrait

peut-être réserver exclusivement le nom de *tumeurs*, mais que nous décrirons sous la rubrique générale de *néoplasmes*.

Ce travail comprendra donc un certain nombre de sujets tout à fait distincts les uns des autres, n'ayant pour lien commun que l'unicité du siège des lésions.

Une première partie renfermera :

1° Les tumeurs phlegmoneuses de la région prévésicale ;

2° Les collections d'origine traumatique et spontanée (épanchements urineux et sanguins) de cette région.

Dans une deuxième partie, je ferai, avec le peu de documents que la science possède, l'histoire des divers néoplasmes qui peuvent se montrer là comme en d'autres points de l'économie.

Mais avant d'aborder l'étude de ces diverses variétés de tumeurs, il est indispensable d'établir ce qu'il faut entendre par *cavité prévésicale* et d'étudier sa constitution et ses rapports avec les parties voisines.

ANATOMIE.

Si l'on trace sur la paroi abdominale antérieure,

1° Une ligne transversale perpendiculaire à la ligne blanche et située à 8 ou 9 centimètres au-dessous de l'ombilic ;

2° Deux lignes verticales suivant le bord externe des muscles droits antérieurs et descendant jusqu'au pubis, on circonscrit un espace rectangulaire, derrière lequel se développe la vessie quand, sortie de l'excavation pelvienne, elle atteint une moyenne distension. Cet espace quadran-

gulaire est un point relativement faible de la paroi abdominale, qui se laisse repousser en avant par la distension du réservoir urinaire ou par toute autre collection liquide développée en arrière des muscles droits.

Nos lignes superficielles répondent, en effet, dans la profondeur, à une disposition anatomique particulière de la paroi abdominale destinée à permettre l'ampliation de la vessie par sa face antérieure.

Le fait le plus saillant de cette disposition, que nous allons décrire en détail, est l'absence, dans toute la portion ainsi délimitée, d'une aponévrose solide d'enveloppe à la face postérieure des muscles droits. La présence de cette aponévrose, fort résistante aux points où elle existe, aurait opposé un obstacle évident à la distension de la vessie en avant et à son évacuation par la compression des muscles droits.

Il en résulte au devant de la vessie un espace à parois mobiles, se développant avec la distension de l'organe, comblé par du tissu cellulaire et improprement nommé *cavité prévésicale* ou *prépéritonéale*.

Tous les anatomistes sont d'accord sur ce point. Les divergences ne commencent qu'au moment où il s'agit de décrire comment se comportent les différentes couches de la paroi abdominale profonde à ce niveau.

En 1856, Retzius, anatomiste suédois, présenta à l'Académie de Stockolm une description spéciale de cette région, que le Dr Hyrtl communiqua, en 1858, à l'Académie des sciences de Vienne, d'après une lettre de l'auteur (1).

Nous donnons ici *in extenso* la traduction de ce mémoire,

(1) XXIX, bande, nº 9, Seite 259, des Jahrganges 1858, der der Sitzungsberichte der k. k. Acad. zu Wien.

telle qu'elle se trouve dans les Bulletins de la Société anatomique (1862) (1).

« 1° Le *fascia transversa* de Cooper ou *fascia endogastrica*, qui forme une couche cellulo-fibreuse appliquée sur la face interne des muscles transverses, se confond avec le bord inférieur de la paroi postérieure de la gaine incomplète des muscles droits, laquelle est formée par l'aponévrose des muscles transverses. Cette fusion des fibres correspond à la *ligne semi-circulaire de Douglas*.

« 2° Le *fascia transversalis* et l'aponévrose des muscles transverses ne se terminent pas à la ligne semi-circulaire de Douglas, comme on le voit ; mais ces deux aponévroses se confondent en une seule lame fibreuse, aussi bien le long de ces lignes que sur les côtés ou derrière elles, et revêtissent les parties du péritoine qui, commençant aux lignes de Douglas, descendent jusqu'à la symphyse du pubis en formant la gaine du muscle droit. La ligne semi-circulaire de Douglas est donc tout autre chose que son nom l'indique ; ce n'est pas le bord mince qui forme le feuillet postérieur de l'aponévrose des muscles transverses, ce n'est pas une ligne, mais bien le bord d'un repli de la paroi postérieure de la gaine du muscle droit de l'abdomen.

« 3° Il en résulte un espace ou une cavité dans l'épaisseur de la paroi antérieure du ventre, que le professeur Retzius nomme *cavité prépéritonéale*, et dans laquelle vient se placer la vessie à l'état de plénitude.

« 4° Le feuillet fibreux qui, des lignes de Douglas s'est rendu au péritoine, ne se rend en descendant ni à la symphyse du pubis, ni au ligament de Poupart, mais va der-

(1) Const. Paul. Etudes anatomiques nouvelles sur la région hypogastrique. Bullet. de la Soc. anat. de Paris, 1862, t. VII, p. 318.

rière la vessie, dans la cavité du bassin, s'identifier avec le *fascia pelvis.*

« 5° Les lignes semi-circulaires de Douglas se prolongent de côté en arcade vers le bas, se soudent au *fascia transversa* de Cooper, qui accompagne les fibres de ces muscles transverses jusqu'au voisinage du bord externe de la gaine du muscle droit, et s'insèrent par leur extrémité inférieure au bord externe du tendon du muscle droit.

« 6° Il en résulte de là une circonférence ou une ouverture à bords fibreux qui représente la porte ou l'ouverture de la cavité prépéritonéale. La vessie, en se remplissant, se dilate dans cette cavité, dont les parois antérieure et postérieure s'écartent l'une de l'autre. La paroi antérieure est alors constituée par l'extrémité inférieure des muscles droits et la partie antérieure de leur gaine ; la paroi postérieure par le péritoine qui est recouvert par les aponévroses qui se sont confondues en arrière avec les lignes semi-circulaires de Douglas. La paroi latérale est formée par les plis de Douglas et leur prolongement en arcade.

« 7° Dans cette cavité il y a un tissu conjonctif qui, par sa souplesse et sa laxité, n'oppose aucun obstacle à l'ascencion et à la descente de la vessie quand elle se remplit ou se vide.

« 8° Pour avoir d'un seul coup tous ces rapports et les apprécier, il faut retirer les muscles obliques externes et internes, de manière qu'il ne reste qu'un bord de leur aponévrose avant leur entrée dans la gaine des muscles droits. On ouvre ensuite, de l'ombilic jusqu'à la ceinture, les gaines des muscles droits par deux incisions longitudinales qui comprennent entre elles la ligne blanche ; on éloigne les muscles, on tend les lignes demi-circulaires de Douglas et leurs prolongements en arc par un crochet, on presse sur

le péritoine et la doublure fibro-cellulaire, ce qui permet aussitôt à la vessie remplie par de l'eau ou par de l'air, de monter dans la cavité prépéritonéale.

« 9° A propos de la ligne blanche, Retzius fait remaquer qu'à partir du nombril, elle ne forme pas de septum fibreux qui sépare les muscles droits, l'un de l'autre, comme cela a lieu au-dessus du nombril, mais ne montre qu'un faisceau mince de tissu conjonctif qui sépare incomplètement les muscles droits l'un de l'autre et va rejoindre le tissu conjonctif qui tapisse la cavité prépéritonéale.

Telle est complètemeut exposée la description donnée par l'anatomiste suédois de la *cavité prépéritonéale.* Cette description répond-elle exactement à la réalité des faits ?

D'après Retzius, la cavité prépéritonéale représenterait quelque chose d'analogue à la capsule de Ténon dans laquelle le globe oculaire se meut en tous sens, ou mieux encore, la vessie serait contenue dans une loge que sa forme permet de comparer avec justesse aux niches dans lesquelles on place certaines statues. Cette loge serait fermée en avant par la paroi abdominale, mobile et facile à repousser au moment de la distension vésicale, en arrière par le péritoine double du fascia transversalis, sur les côtés par les adhérences de ces deux membranes au bord externe de la gaine des muscles droits.

D'après les dissections que j'ai faites, je ne crains pas de dire que cette disposition, si elle existe, doit être exceptionnelle ; pour ma part, je ne l'ai jamais rencontrée.

Voici les faits que j'ai constatés à plusieurs reprises et en variant les dissections :

Quand on a distendu la vessie par une injection d'eau suffisante pour que l'organe fasse une saillie appréciable sous les téguments et se soit par conséquent développée

au point de déborder largement l'excavation pelvienne, on peut se rendre compte avec assez de facilité de la situation qu'il occupe par rapport aux diverses couches.

Après dissection de parties superficièlles jusqu'aux muscles droits, on fait au-dessous de l'ombilic une section transversale des deux muscles jusqu'à leur face profonde ; on décolle celle-ci avec précaution de haut en bas en renversant les muscles en avant sur le pubis et l'on constate que :

1° Chez la plupart des sujets, la gaine postérieure des droits, formée par les aponévroses réunies des muscles petit oblique et transverse, s'arrête à 8 ou 9 centimètres environ au-dessous de l'ombilic et qu'elle se termine par une arcade à concavité inférieure plus ou moins prononcée dont les parties latérales adhèrent au niveau du bord externe du muscle grand droit. Cette adhérence latérale se fait dans l'étendue de un, deux ou trois centimètres au plus, suivant les sujets, de manière à former avec la partie médiane un cintre à concavité inférieure. Cette arcade doublée par le péritoine qui y adhère constitue les lignes semicirculaires de Douglas.

2° A partir de ce point, la face postérieure des muscles droits jusqu'au pubis est dépourvue d'aponévrose résistante.

Leur enveloppe n'est plus représentée en arrière que par une toile fibro-celluleuse, assez résistante en haut, où l'on peut y distinguer des fibres transversales plus ou moins abondantes, s'amincissant vite de haut en bas, de sorte qu'au niveau du pubis on ne trouve plus qu'une toile celluleuse, mince et fragile, qui se perd au-dessous de la symphyse pubienne et derrière le pubis, et va se confondre avec le tissu cellulaire du plancher pelvien. Cette couche adhère

en haut aux arcades de Douglas, sur les côtés au bord externe de la gaine des muscles droits; elle se continue, à droite et à gauche, en dehors de ce point, avec le *fascia transversalis* proprement dit, dont elle n'est que la partie médiane très affaiblie.

En arrière de cette couche se trouve un tissu cellulaire abondant, et lâche surtout à la partie inférieure, derrière la symphyse pubienne et au-dessous d'elle, se continuant avec le tissu cellulaire qui recouvre les fosses iliaques et les parties latérales et postérieures de l'excavation pelvienne. A mesure que l'on s'élève au-dessus de la symphyse, il se condense et devient plus résistant en s'appliquant sur la face antérieure et sur les faces latérales de la vessie, et, arrivé au sommet de l'organe, il se continue avec l'ouraque jusqu'à la partie inférieure de la cicatrice ombilicale.

A mon avis, cette couche anté et latéro-vésicale n'est autre qu'une dépendance du tissu cellulaire sous-péritonéal, du *fascia propria* décrit par Velpeau.

On dirait en effet qu'au point où s'arrête l'aponévrose du transverse qui forme la gaine postérieure des muscles droits, doublée du péritoine qui lui adhère à ce niveau, le tissu cellulaire sous-péritonéal mince et peu abondant depuis l'ombilic jusqu'à cette arcade fibreuse, s'épaissit et se dédouble en deux couches, l'une antérieure, lamelleuse qui forme le plan prévésical que nous venons de décrire, l'autre, postérieure qui, avec la séreuse, se porte en arrière de la vessie et reste beaucoup plus lâche et comme aréolaire. C'est entre ces deux feuillets que la vessie exécute ses mouvements d'ascension, et de descente, comme dans une espèce de bourse séreuse. Ce tissu se prolonge en haut en accompagnant les artères et l'ouraque jusqu'à la partie inférieure de la cicatrice ombilicale.

Il m'a été impossible de voir, comme l'indique Retzius, le *fascia transversalis* se continuant avec le péritoine derrière la face postérieure de la vessie, et sa continuité en bas et en arrière avec le fascia pelvien et sur les côtés avec le bord du muscle externe de la gaine des muscles droits, de manière à former une loge à concavité antérieure. Il est donc bien difficile d'admettre que sur les côtés, les arcades de Douglas se prolongent jusqu'en bas par des piliers qui fermeraient latéralement la cavité prépéritonéale. Cette cavité ou mieux cet espace se continue facilement à ce niveau avec le reste de l'excavation pelvienne; aussi le tissu cellulaire prévésical et périvésical est en continuité avec celui qui tapisse le plancher pelvien.

Ce *fascia transversalis* n'est même pas admis par tous les auteurs à la partie médiane de la région hypogastrique, dans la portion des muscles droits dépourvue d'aponévroses. Pour J. Cloquet ce fascia provient, *en dedans*, chez la plupart des sujets du bord externe du tendon du muscle droit de l'abdomen, qui s'amincit peu à peu pour se confondre avec lui (1).

Velpeau a également remarqué l'importance du *fascia propria* (2) : « il n'est pas rare, dit-il, de le voir plus fort et plus évidemment fibreux que l'aponévrose sur laquelle sa face externe est appliquée (*fascia transversalis*). On peut même expliquer par là que des anatomistes aient avancé, tout récemment encore, que le *fascia transversalis* se prolonge derrière le muscle droit et descend dans la fosse iliaque. »

(1) Anatomie de l'homme, 1822, t. II, p. 219.

(2) Velpeau. Anat. chirurgicale, 2e édition, 1833, p. 82.

D'après le professeur Richet (1), la couche celluleuse sous-péritonéale offre des différences notables, suivant qu'on l'examine aux parties supérieure et moyenne de la région ou à la partie inférieure. « Ainsi tout à fait en bas, là où les feuillets aponévrotiques se portent au-devant des muscles droits, on rencontre souvent mais non toujours, entre elle et les fibres musculaires, chez les sujets maigres ou robustes, la portion médiane d'un fascia dit *transversalis* que nous retrouverons dans la région abdominale latérale. Au-dessous de ce fascia, lorsqu'il existe, la couche cellulaire est très lâche et très abondante, et après l'avoir traversée on arrive sur la paroi antérieure de la vessie sans rencontrer le péritoine, mais il faut pour cela que la poche urinaire soit distendue par son liquide et que son sommet, remontant au-dessus de la symphyse pubienne, ait refoulé la séreuse abdominale. Ce tissu cellulaire se continue avec celui que l'on rencontre entre la vessie et le pubis et qu'on a nommé prévésical ; il est très lâche, facile à décoller avec le doigt, et sa perméabilité permet aux liquides qui s'y épanchent, pus, sang ou urine, d'envahir de proche en proche toute la région. »

Nous n'insisterous pas davantage sur ces citations ; il résulte de ces diverses descriptions qu'il existe au-devant de la vessie un espace comblé par du tissu cellulaire, étendu de haut en bas depuis les lignes semi-circulaires de Douglas jusqu'au plancher du bassin, se continuant en bas et sur les côtés avec le tissu cellulaire périvésical et périrectal. Ce tissu cellulaire présente cette disposition spéciale dans sa partie supérieure, d'adhérer aux lignes fibreuses de

(1) Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale, 3e édition, 1866, p. 600.

Douglas et par leur intermédiaire aux bords externes de la gaine des muscles droits dans une étendue variable, mais qui n'excède guère 2 à 3 centimètres : aussi, au lieu de considérer avec Retzius la loge prépéritonéale comme une cavité bien circonscrite en haut et sur les côtés, nous la considérons comme un espace surmonté en haut d'une arcade à concavité inférieure, dont les piliers latéraux sont très courts, et ne descendent pas jusqu'aux pubis, comme l'a indiqué Retzius. C'est cet espace qui est le siège des diverses lésions que nous devons étudier.

La présence de cette arcade supérieure, résistante en avant et adhérente sur les côtés par la pointe de ses croissants, imprime aux collections développées dans cette zone une forme particulière en haut, où elles simulent le globe vésical distendu; au contraire l'absence de ses piliers latéraux leur permet de diffuser, sur les côtés vers les fosses iliaques, en arrière vers le rectum, en sorte que leurs limites inférieures sont beaucoup moins nettes que leurs limites supérieures.

PREMIÈRE PARTIE

Les tumeurs aiguës de la région prévésicale.

Sous ce titre nous décrirons :

1° Des phlegmons que l'on peut dire *spontanés* ou idiopathiques parce que leur cause est obscure ou fait défaut, ayant pour siège primitif le tissu cellulaire de la région ;

2° Des phlegmons *symptomatiques* d'une affection d'un des organes de voisinage (cystite, prostatite, affections osseuses, etc.) ou *propagés* d'une région adjacente, (fosses iliaques, région sous-ombilicale, etc.), ne différant des premiers que par leur pathogénie et les signes surajoutés de l'affection primitive ;

3° Des collections developpées rapidement au-devant et autour de la vessie, soit à la suite de traumatisme, soit spontanément, (épanchements urineux et sanguins).

CHAPITRE PREMIER

LES TUMEURS PHLEGMONEUSES DE LA CAVITÉ PRÉVÉSICALE.

Le phlegmon prévésical ou prépéritonéal, ou phlegmon de la cavité de Retzius, est l'inflammation du tissu cellulaire situé en avant et autour de la vessie, dans les points où elle est dépourvue de péritoine. Les lignes semi-circulaires de Douglas en haut, leur adhérence partielle sur les côtés avec le bord externe de la gaine des muscles droits, impriment de bonne heure à cette inflammation les caractères d'une tuméfaction assez bien limitée en général, faisant saillie à l'hypogastre, dans une région accessible à l'exploration, étendue depuis les branches du pubis en bas, les bords externes des muscles droits en dehors, et la partie inférieure de la région ombilicale en haut.

Cette affection est rare : en additionnant tous les cas que j'ai pu recueillir dans les différentes publications, les observations qui ont été obligeamment mises à ma dispositon, j'arrive seulement à un total de 43 cas, comprenant des faits très-différents les uns des autres et que j'ai soin de ranger par séries distinctes.

Ils peuvent se décomposer de la manière suivante :

1° Phlegmons idiopathiques, 27.

2° Phlegmons symptomatiques ou propagés, 16.

Ce nombre est fort peu considérable, comparé à la fréquence des inflammations péri-utérines ou péri rectales ; l'influence de la vessie sur le développement des phénomènes inflammatoires paraît beaucoup moins grande que celle de l'utérus ou du rectum.

ETIOLOGIE.

A. — DES TUMEURS PHLEGMONEUSES IDIOPATHIQUES.

L'âge et le sexe paraissent exercer une influence non douteuse sur le développement spontané du phlegmon prévésical. C'est dans la jeunesse et la première partie de la vie que sa fréquence est surtout marquée : le plus jeune de nos sujets avait 8 ans, et le plus âgé 31 ans. Entre ces deux extrêmes on trouve tous les âges intermédiaires, avec une majorité accentuée entre 22 et 25 ans. Dans les cas où l'âge exact n'est pas noté, l'observation commence toujours par ces mots : *jeune homme*, *jeune soldat*, etc.

Le sexe joue sans doute aussi un rôle considérable, car sur 27 cas, nous ne relevons que 4 femmes, dont une petite fille de 8 ans, chez lesquelles l'inflammation semble s'être primitivement développée dans l'espace prévésical, sans avoir été précédée d'un phlegmon de la fosse iliaque.

Quatre fois l'affection s'est développée chez de jeunes soldats ; l'observation si souvent citée de de La Motte a été prise sur un soldat.

L'influence des autres professions est fort douteuse.

On trouve un traumatisme nettement indiqué dans les antécédents de plusieurs malades ; dans une observation douteuse de Bourrienne, un soldat, voulant soulever une caisse pesante qu'il ne put maintenir, eut la paroi abdominale froissée, et vit à la suite de cette contusion se développer un vaste abcès. Une femme de 26 ans, observée par Boyer, fit une chute de 6 pieds de haut au deuxième mois de sa grossesse, et éprouva à la région hypogastrique, six

semaines après son accident, les premières douleurs annonçant la formation de deux abcès qui donnèrent issue à de l'urine. — Un jeune homme de 20 ans (obs. XXVII) avait reçu, dans la région hypogastrique, trois ans avant la formation de son abcès, un coup qui l'avait arrêté pendant quelque temps. — Un dragon (obs. XXVI) éprouvait quelque temps avant les signes du phlegmon, des douleurs sourdes dans le bas-ventre, qui s'exagéraient par les exercices de l'équitation et du gymnase.

M. Dumas (1) invoque comme cause les bains de mer, soit par la fatigue de la natation, soit par le choc direct des vagues, chez un garçon de 11 ans qui passait journellement plusieurs heures dans l'eau.

Dans un cas le malade attribuait le développement de sa tumeur hypogastrique à une chute qu'il avait faite huit mois auparavant. Ce même malade, observé en 1877, avait reçu pendant la guerre de 1870 une balle qui avait pénétré au niveau de la fesse, dans l'intérieur du bassin, et s'y était perdue.

Il me semble bien difficile d'admettre, comme un traumatisme, « une sorte de contusion du tissu cellulaire prépéritonéal, contusion produite par la contraction brusque et désordonnée des muscles abdominaux dans les atteintes de coliques violentes » (2) (Gérardin).

Dans un grand nombre de cas, en effet, des troubles digestifs variés semblent avoir précédé l'explosion du phlegmon, et plusieurs observateurs ont signalé cette coïncidence et cherché même à établir entre les accidents une

(1) Du phlegmon profond des parois abdominales. (Montpellier médical, 1877, t. XXXVIII, p. 97.)

(2) Recherches sur la cavité prépéritoniale de Retzius et sur son inflammation, th. de Paris, 1879, p. 31.

relation de cause à effet. Dans son mémoire, M. Bernutz écrit : « Faut-il nier tout rapport de causalité entre les affections intestinales et le développement du phlegmon, ou admettre entre eux une corrélation dont la cause reste inconnue. Cette dernière opinion nous paraît la plus admissible, parce qu'il semble y avoir plus qu'une simple coïncidence dans cette fréquente succession d'actes morbides, siégeant dans des organes qui appartiennent au même système, et parce qu'il n'y a pas nécessité absolue de comprendre le mécanisme d'actes pathologiques pour qu'on puisse les admettre, lorsqu'ils reposent sur des faits assez nombreux. » (1).

Ces troubles digestifs semblent avoir surtout pour siège l'intestin : on trouve notée une dysentérie ancienne suivie pendant longtemps de coliques passagères et violentes (obs. XVIII), de la constipation (obs. XIV), des coliques violentes sans cause connue ; une dyspepsie ancienne (obs. XXIV), une indigestion et un embarras gastrique (obs. XXIII). C'est peut-être aussi le voisinage du tube intestinal altéré qui motive et explique la fréquence du phlegmon prévésical dans le cours ou le déclin de la fièvre typhoïde (obs. I et IX).

Nous avons cherché, dans l'analyse de ces dernières observations, à ne pas confondre les phlegmons développés dans la gaine des muscles grands droits de l'abdomen à la suite d'épanchements sanguins, avec les phlegmons plus profonds qui ont leur siège en arrière de ces mêmes muscles, dans le tissu cellulaire sous-jacent. Or, en laissant de côté ces faits d'inflammation de la paroi par des hémorrha-

(1) Phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen, archiv. gén. de méd., juin 1850, p. 129-290.

gies suppurées, il existe à mon avis de véritables phlegmons de la cavité de Retzius, survenant dans le cours ou au déclin de la fièvre typhoïde, par un mécanisme qui ne nous est pas connu.

M. Arnould (1) est disposé à rapporter les inflammations du tissu cellulaire abdominal à des troubles digestifs survenant chez les jeunes soldats par le changement de régime, et il admettrait volontiers que l'irritation part du cæcum pour se propager de là au tissu voisin par continuité de tissu. Il invoque dans un cas, à l'appui de cette pathogénie, la constipation opiniâtre qui aurait précédé le phlegmon prévésical, et le siège d'une plaque d'induration plus étendue à droite qu'à gauche. Cette explication ne peut, à mon sens, s'appliquer que dans un petit nombre de cas, les faits sur lesquels elle repose, c'est-à-dire la constipation et le siège plus étendu de la tumeur du côté droit étant eux-mêmes exceptionnels.

Le professeur Guyon (2), sans s'expliquer sur la pathogénie des accidents, constate aussi la fréquence des troubles digestifs, et se montre disposé à reconnaître leur influence sur la production des phlegmons prévésicaux.

On ne s'explique guère mieux comment la blennorrhagie peut être cause de l'inflammation de cette région, à moins d'admettre (Reliquet (3) qu'il s'agit d'une inflammation de la vésicule séminale ayant déterminé une péricystite, ou d'une épididymite (Faucon (4) ayant enflammé le tissu cellulaire sous-péritonéal par propagation au cordon. Il s'agit véritablement dans ces faits de phlegmons secon-

(1) Bulletin médical du Nord, 1877, nº 6.

(2) Gaz. des Hôpitaux, juillet 1879.

(3) Union médicale, 26 janvier et 5 mars 1878.

(4) Archives génér. de médecine, 1877.

daires ayant succédé à l'inflammation primitive d'un organe voisin, et n'ayant pas du reste pour siège originel la cavité prévésicale.

Mais, d'après M. Duplay (1), la blennorrhagie pourrait avoir une véritable influence générale sur l'organisme, et favoriser ainsi la production du phlegmon sous-péritonéal. « J'ai souvenir d'avoir vu un malade atteint, dans le cours d'une blennorrhagie, d'une inflammation suppurative du tissu cellulaire sous-péritonéal, exactement limitée à la région hypogastrique, et qui ne présentait aucune autre complication inflammatoire, si ce n'est une légère cystite du col. Quoique le développement du phlegmon sous-péritonéal puisse encore, dans ce cas, s'expliquer par la propagation de l'inflammation de la vessie au tissu cellulaire prévésical, cependant on ne saurait se refuser à admettre une sorte d'influence générale qu'on est bien forcé d'accepter pour expliquer certaines manifestations éloignées de la blennorrhagie » (Follin et Duplay).

Dans une observation déjà ancienne (2), Castéro, chirurgien de l'hôpital civil et militaire de Lunéville, voyant chez un soldat porteur d'un chancre et d'un bubon à droite se développer une douleur et une tuméfaction hypogastrique, augmentant à mesure que le bubon se dissipait et proportionnellement, se demande si l'abcès qui était situé autour de la vessie n'était pas venu par sympathie à la disparition du bubon ou par propagation de l'inflammation de la vessie au tissu voisin (?).

Pour ma part, je serais disposé à croire que dans ces faits (Castéro, Duplay), il n'y a qu'une simple coïncidence entre les deux affections, étant donnée la grande fréquence

(1) Traité élément. de pathol. ext., t. V, p. 758.

(2) Archives générales médecine, 1re série, t. XX, p. 262.

de la blennorrhagie et du bubon, et l'extrême rareté du phlegmon prévésical compliquant l'inflammation de l'urèthre ou des ganglions.

L'état puerpéral semble aussi prédisposer à cette même maladie; nous rapportons deux cas dans lesquels l'affection semblait bien limitée dès le début au tissu prévésical et s'était comportée avec toutes les allures des collections de cette région. Dans un cas les accidents éclatèrent au huitième jour, après un heureux accouchement, par une diarrhée laiteuse (1); dans le second, la tumeur hypogastrique se développa quelque temps après un avortement et s'ouvrit à l'ombilic et dans la vessie (2).

Le phlegmon semble pouvoir, bien que rarement, marcher des parties superficielles vers les couches profondes : chez un adulte (Dumas, loc. cit.), un intertrigo de l'ombilic ayant déterminé de violents grattages aurait enflammé de proche en proche le tissu cellulaire profond de la région.

Enfin, la cavité de Retzius, comme les cavités séreuses et le tissu cellulaire en général, peut être aussi le siège de dépôts métastatiques dus à l'infection purulente. Je dois à mon ami, le Dr Budin, la relation d'un fait de ce genre, que je rapporte plus loin.

Souvent la cause du phlegmon prévésical nous échappe tout à fait et l'on ne sait à quoi rattacher sa production.

(1) Lepelletier. Journal de médecine, 1875. p. 496.
(2) Sainz-Blaquez. Gaz. médic, 1848, p. 55.

B. — DES TUMEURS PHLEGMONEUSES SYMPTOMATIQUES D'UNE LÉSION DE VOISINAGE OU PROPAGÉES D'UNE RÉGION ADJACENTE.

Les rapports intimes qui existent entre le tissu cellulaire prévésical et une partie des voies urinaires, la communication facile de ce tissu avec celui qui tapisse les fosses iliaques expliquent la fréquence assez grande des tumeurs phlegmoneuses de la cavité de Retzius symptomatiques d'une lésion de voisinage ou propagées d'une région adjacente. Nous aurions pu, à la rigueur, négliger ce côté de la question et ne considérer ces faits que comme une complication d'affections voisines; mais, dans bon nombre de cas, la tumeur hypogastrique prend un développement si considérable, impose à l'affection une physionomie si particulière et entraîne par elle-même des indications thérapeutiques si nettes, qu'il nous a semblé impossible de distraire ces faits de notre étude. L'examen détaillé des observations justifiera amplement cette manière de voir,

L'âge et le sexe perdent ici complètement le rôle important qu'ils jouent dans la prédisposition au développement du phlegmon prévésical d'origine spontanée. L'analyse des faits nous montre, en effet, que sur 20 cas que nous avons pu recueillir, 11 ont trait à des hommes et 9 à des femmes, c'est-à-dire que la proportion est à peu près égale. Le sexe n'a plus d'influence qu'au point de vue de l'organe primitivement affecté; chez l'homme, les lésions primitives de la vessie sont en majorité, chez la femme, les inflammations primitives utérines ou péri-utérines prédominent.

La cystite chronique compliquant l'hypertrophie prostatique ou le rétrécissement de l'urèthre donne lieu à une inflammation prévésicale, à une péricystite qui peut, dans nombre de cas, n'entraîner que l'induration avec épaississement et adhérences du tissu cellulaire, mais peut aussi devenir suppurative et être suivie de la formation de volumineux abcès. Le fait avait déjà été observé par Chopart (1) : « Le pus qui provient de l'irritation et de l'inflammation de la tunique externe de la vessie s'amasse le plus ordinairement dans le tissu cellulaire voisin. L'abcès ou le dépôt qu'il forme peut, suivant le siège qu'il occupe, s'élever du côté du pubis et même de l'ombilic, se porter vers le périnée ou même se montrer en même temps dans ces deux régions, quand la collection purulente est considérable. »

Lassus (2) indique aussi que les abcès phlegmoneux qui se forment dans la partie antérieure du tissu cellulaire du péritoine ont ordinairement pour origine une violente inflammation du rectum ou de la vessie, et il donne le conseil de les ouvrir de bonne heure.

A fortiori, en sera-t-il de même quand la vessie ulcérée spontanément (Duplay, ou par des calculs verse dans tissu cellulaire ambiant l'urine ou les corps étrangers ? Ceux-ci deviennent eux-mêmes cause d'irritation, déterminent un travail d'élimination, et peuvent être expulsés spontanément ou retirés au milieu du pus, à travers la paroi abdominale antérieure perforée.

Les inflammations de la prostate se propagent beaucoup

(1) Traité des maladies des voies urinaires, t. I, p. 454.
(2) Pathologie chirurgicale. Paris, 1806, t. I. p. 143.

plus rarement à la région prévésicale et les raisons en sont faciles à saisir : bridée en haut par les ligaments pubio-vésicaux, sur les côtés par les replis pubio-rectaux, l'inflammation se porte en arrière du côté du rectum, et n'a que peu de tendance à franchir les limites latérales et supérieures de la loge prostatique. Nous ne trouvons que deux cas où cette étiologie puisse être nettement invoquée.

Même remarque pour la séminalite développée dans le cours d'une blennorrhagie mal soignée (Reliquet), et pour l'épididymite de même origine (Faucon), où le tissu cellulaire prévésical n'est envahi que tout à fait secondairement.

Chez la femme, la tumeur phlegmoneuse de la cavité de Retzius n'est souvent autre chose que la propagation d'un phlegmon du ligament large ou plutôt du tissu cellulaire de la fosse iliaque, se développant dans les mêmes conditions que ce dernier, c'est-à-dire après l'accouchement. En général, les phénomènes inflammatoires éclatent dans les premiers jours qui suivent celui-ci (au 12e jour, Boyer, Degranges) (1); ils peuvent aussi éclater à longue échéance lorsque la pelvi-péritonite a laissé dans le petit bassin un feu qui couve sous la cendre et qu'une faible excitation peut attiser. Chez une malade observée par M. Marotte et à qui M. Gosselin dut ouvrir un abcès prévésical, une pelvi-péritonite, suite de couches, avait laissé longtemps dans la fosse iliaque une tuméfaction dure et appréciable au toucher, et dix-huit mois plus tard éclata le phlegmon prevésical (2).

(1) Boyer. Traité des maladies chirurgicales, 1824, t. VII, p. 519. Degranges. Gaz. des hôpitaux, 1848, p. 376.

(2) Union médicale, 2 juin 1864.

Je laisse de côté à dessein les diverses opinions relatives à la pathogénie de ces tumeurs phlegmoneuses consécutives à l'accouchement; je ferai remarquer seulement que, dans l'adéno-phlegmon juxta-pubien, décrit par M. Alph. Guérin, les signes cliniques répondent en partie à ceux du phlegmon de la cavité prévésicale ; on y constate une tumeur semblant faire corps avec la paroi abdominale profonde, pouvant remonter environ jusqu'à l'ombilic et, par sa partie inférieure, s'enfonçant dans le petit bassin.

Mais, dans tous ces cas, la tumeur est primitivement latérale ; elle a manifestement son point de départ, quel qu'il soit, au-dessus de l'arcade crurale, et si elle vient se placer au devant de la vessie, ce n'est que tout à fait d'une manière secondaire.

En outre, le toucher vaginal ne permet pas de méconnaître l'origine para-utérine de l'inflammation.

Une autre conséquence de la grossesse et de l'accouchement, l'inflammation de la symphyse pubienne peut aussi donner lieu à la formation d'un abcès dans la cavité adjacente et se révéler par une tumeur, qui peut acquérir le volume d'une noix de coco (1) ; de même la nécrose spontanée du pubis (2) et la fracture du bassin avec écartement des surfaces articulaires de la symphyse pubienne (3).

Enfin je mentionne à titre exceptionnel un cas de tumeur phlegmoneuse symptomatique de la présence d'un corps étranger (un projectile de guerre) venu se loger au devant

(1) Dr Gordon. Boston medical and surgical journal.

(2) Dr Ercole Galvagni. Riv. Clin., t. VII, 1868; et Schm. Jahrb, 1869, Heft. I, p. 56.

(3) Gueneau de Mussy. Bullet. Soc. anat., t. XIV, p. 10, mars 1839. Id. Bullet. Soc. anat., 2e série, t. X, pp. 263, avril 1865.)

de la vessie, et qui plus tard tomba dans la cavité de ce réservoir et en fut extrait par la taille latéralisée (1).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La guérison étant la règle dans l'immense majorité des cas, ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'examen cadavérique des lésions a pu être pratiqué. Dans le nombre assez considérable de faits que nous avons pu recueillir, nous ne trouvons que deux autopsies à la suite de tumeurs phlegmoneuses *idiopathiques* de la cavité de Retzius. Ce sont les cas extraits par M. Const. Paul des Archives de Virchow. Les détails y sont donnés avec tant de soin au point de vue du siège exact des lésions, que nous ne pouvons mieux faire que de rapporter *in extenso* les résultats de ces examens cadavériques (2).

Observation I.

Fièvre typhoïde. Phlegmon prévésical. Suppuration. Mort. Autopsie.

Chez un homme de 24 ans qui fut reçu le 4 juillet 1861 à l'hôpital de Marie-Magdeleine, à Saint-Pétersbourg, il survint le 31 juillet, pendant le cours d'une fièvre typhoïde, une douleur dans le ventre au-dessus de la symphyse. La paroi abdominale semblait en cet endroit être soulevée par la vessie distendue. La tumeur était douloureuse, dure et donnait à la percussion un bruit sourd. Le malade pouvait uriner sans difficulté et l'exploration de la

(1) Larrey. Clinique chirurgicale, 1829, t. II, p. 585.

(2) Wenzel Gruber, de St-Petersb. Wirchows, arch. Band XXIV, 1re et 2e heft, 1862. Uber abcess in cavum preperitonale Retztiiet C. Paul. Soc. anat. de Paris, 1862, t. VII, p. 318.

vessie par un cathéter la montra libre et ne fit rien constater d'anormal. Les forces du malade diminuèrent, il apparut des traces de scorbut.

Jusqu'au 25 août la tumeur varia de grosseur et de sensibilité.

Les accès fébriles ne survinrent pas du 13 juillet jusqu'au dernier jour. Il y avait des jours où le malade se sentait mieux et pouvait même se promener.

A partir du 25 août la tumeur devint fluctuante, l'état du malade redevint mauvais, les forces diminuèrent de plus en plus.

Le 7 septembre. On trouva la tumeur affaissée, le malade tout à fait épuisé, sans connaissance. La mort survint le soir du même jour.

A l'autopsie, on trouve une tumeur singulière, clairement limitée, ovale, située dans la paroi antérieure du ventre au-dessus de la symphyse du pubis.

La peau a sur les extrémités inférieures des taches de scorbut. La tumeur située au-dessus de la symphyse qui la veille était considérable, est affaissée vers le haut.

Le crâne n'a pas été ouvert.

Le cœur n'est pas altéré. Le poumon droit est soudé à la paroi thoracique : il est le siège d'une hépatisation rouge dans la partie postérieure et inférieure du lobe inférieur ; dans le reste il y a de l'œdème aigu.

Dans la plèvre gauche il a plusieurs livres de liquide séreux.

L'abdomen est gonflé. Dans la cavité abdominale il y a une grosse quantité d'un exsudat séreux jaune-rouge. Sur les intestins par places, et sur les parois abdominales, il y a une couche de fibrine coagulée qui colle les intestins les uns contre les autres et contre la paroi abdominale. Dans la cavité du bassin il y a du pus véritable qui provient de la tumeur placée dans la paroi abdominale antérieure. Le péritoine a partout des marques inflammatoires. Les intestins sont dilatés par des gaz et des fèces, l'S iliaque est soudé fortement par sa convexité avec un point de la paroi abdominale qui correspond à peu près au milieu de la tumeur susdite. Au niveau et au-dessous de cette place, on fait sourdre à la pression du pus de l'abcès. Par des tractions plus fortes on peut décoller l'S iliaque de la paroi abdominale, et alors on a sous les yeux la petite ouverture qui laissait passer le pus. Sur la

muqueuse de la fin de l'iléon, il y a trois ou quatre ulcérations typhoïdes en voie de guérison. La vessie qui contenait une médiocre quantité d'urine est complètement normale, mais elle est soudée à presque toute la partie inférieure de la symphyse et des branches descendantes du pubis.

Pour faire un examen plus complet de la tumeur, on fit une section sur la partie moyenne abdominale antérieure à partir de l'ombilic et sur la paroi antérieure du bassin en y comprenant les organes du bassin.

La tumeur affaissée aussitôt par l'écoulement de la majeure partie du pus dans la cavité du bassin, peut se clairement limiter.

Elle se trouve en partie au devant de la symphyse dans la région hypogastrique et en partie dans la région ombilicale. Elle s'étend jusqu'à 2 pouces 1/2 au-dessous du cordon et en bas jusqu'au milieu de la hauteur de la symphyse et devient petit à petit plus large à sa terminaison supérieure. Au niveau du bord supérieur de la symphyse, elle s'étend jusqu'aux tubercules du pubis. Plus loin, au niveau de la paroi abdominale elle s'étend transversalement aussi loin que les muscles droits de l'abdomen. Elle a une hauteur de 5 pouces, dont 3 pouces 3/4 se trouvent au-dessus de la symphyse, et 1 pouce 1/4 au devant d'elle.

Sa largeur est à son extrémité inférieure au devant de la symphyse de 3/4 de pouce à un pouce, et à son extrémité supérieure de 3 pouces 3/4 à 4 pouces. Elle a la forme d'un ovale à petite extrémité inférieure. La peau qui recouvre la tumeur est normale, la couche superficielle du tissu conjonctif sous-cutané est intacte La couche profonde a par ci par là des points hémorrhagiques. Elle est amincie sur la ligne médiane, et sur les côtés elle est épaissie et fortement unie à la gaine des muscles droits ouverts sur la ligne médiane.

L'adminiculum de la ligne blanche manque entre ces deux muscles et se trouve dans une cavité purulente qui occupe la partie inférieure de la gaine des muscles droits et la cavité prépéritonéale.

La cavité a en avant 4 pouces de haut, dont une partie de 3 pouces est située au-dessus de la symphyse, et une partie de 1 pouce au devant de cette symphyse. En arrière elle a 3 pouces de haut sur lesquels 2 pouces 3/4 sont au-dessus de la symphyse et 3/4 de

pouce derrière la symphyse. Elle s'étend en arrière jusqu'aux replis semi-lunaires de Douglas. Comme largeur elle a au devant de la symphyse 1/2 pouce. Au bord supérieur de la symphyse 1 pouce 1/4, et au-dessus elle prend petit à petit 2 pouces 3/4, puis 3 pouces. La profondeur la plus grande au-dessus de la symphyse donne 1 pouce 1/2 à 2 pouces ; on y trouve une quantité de pus rouge gris décoloré ; le tissu conjonctif de la cavité prépéritonéale est en train de se transformer en pus aussi bien que la partie interne des muscles droits qui sont détruits tous deux dans une longueur de 1 pouce 1/4 et une largeur de 4 pouces 1/4.

Dans le haut c'est surtout la gaine et dans le bas les muscles que le pus a minés. Le périoste qui recouvre le pubis et la symphyse est encore conservé. La paroi antérieure était formée sur la ligne médiane, par le tissu cellulaire sous-cutané, sur le côté par la partie interne du feuillet antérieur de la gaine des muscles droits. La paroi postéro-inférieure était formée par la cavité prépéritonéale, par le sommet de la vessie, le sommet de la symphyse et les pubis, depuis leur symphyse jusqu'à leurs tubercules. Le prolongement placé au devant de la symphyse était limité en avant par la portion externe des muscles droits et des muscles obliques externes de l'abdomen.

Du côté gauche, à une certaine distance de la ligne médiane, dans le tiers supérieur de la paroi postérieure de la cavité prépéritonéale, il y a une petite ouverture large de 2 lignes par où l'abcès communiquait avec la cavité du ventre, et le pus se vidait dans la cavité du bassin. L'ouverture se trouve dans le milieu d'une petite dépression qui s'était faite avant la rupture du péritoine par ulcération du fascia transverse qui forme la paroi postérieure de la cavité prépéritonéale.

Observation II.

Phlegmon prévésical. Mort. Autopsie. Fusées purulentes vers le bassin et le périnée.

Dans l'hôpital de Marie-Magdeleine, à Saint-Pétersbourg, mourut, en septembre 1860, un homme atteint d'un abcès de la région

ano-périnéale qui s'était fait jour par le rectum, et qu'on avait pris pour un iléus. A l'autopsie on ne trouva aucun exsudat liquide dans la cavité abdominale, pas de pus provenant de la cavité pré-péritonéale, seulement une légère couche d'un exsudat fibrineux sur les intestins et quelques prolongements fins, se rompant facilement, qui unissent la paroi postérieure de la cavité prépéritonéale à l'S iliaque et à la partie terminale de l'iléon.

Au-dessus de la vessie, dans la paroi postérieure de la cavité prépéritonéale, il y avait un grand trou ayant transversalement 2 pouces et verticalement 1 pouce 1/3, qui faisait communiquer la cavité prépéritonéale avec la cavité péritonéale. La cavité prépéritonéale se prolongeait dans une cavité située entre la paroi antérieure du bassin et la vessie, et descendait jusqu'à la prostate. De la cavité commune partaient deux foyers sous le péritoine.

L'un d'eux se portait à droite et se partageait en deux prolongements dont l'un antérieur, s'était frayé un passage dans le canal crural, le postérieur dans la fosse iliaque entre le péritoine et le fascia iliaca, jusqu'à l'union du cæcum avec le péritoine. L'autre prolongement se portait à gauche, passait par la grande échancrure sciatique dans la région fessière jusqu'au grand trochanter. Au fond de la cavité, de chaque côté contre la prostate, dans le diaphragme fibro-charnu du bassin, il y avait un trou plus grand. Ces deux trous conduisaient dans une cavité située dans la région ano-périnéale et comprenant le creux ischio-rectal et le triangle périnéal. De cette cavité il y avait une communication avec le rectum à travers la région prostatique de cet intestin. La cavité commune était vide. La contre-cavité droite contenait seulement un peu de pus. Le prolongement droit et le prolongement gauche dans la partie en dehors du bassin, et la contre-cavité gauche, étaient remplis de pus. La vessie était rétractée, mais pas altérée. La prostate et le rectum au-dessus de la perforation étaient normaux ; l'épine iliaque gauche était dépourvue de son périoste.

Nous n'insistons pas sur les détails si précis de cet examen, où l'auteur a noté avec le plus grand soin les dimensions du foyer, ses rapports, les parois qui le circonscrivent, les fusées purulentes dont il est le point de départ.

La lecture de ces observations en apprend plus que toutes les descriptions possibles.

Dans les deux cas, la complication mortelle a été l'envahissement par le pus de la cavité péritonéale, et, dans chaque fait, la perforation s'est produite au même point sans que nous puissions trouver une raison anatomique suffisante du siège de la lésion ; elle existait au-dessus de la vessie, dans la paroi postérieure de la cavité prépéritonéale, large dans une observation, étroite dans l'autre.

Nous rapprocherons ici, pour l'unité de la description, les lésions constatées à l'autopsie chez les sujets atteints de tumeurs phlegmoneuses prévésicales symptomatiques d'une lésion de voisinage. Les désordres sont trop analogues à ceux que nous avons observés dans le phlegmon idiopathique pour que leur description ne soit pas rapprochée.

Chez une malade (1) présentant, à l'autopsie, les diverses lésions de la fièvre puerpérale, on constate « en dehors de la cavité péritonéale et seulement séparée par le péritoine et une membrane propre, une cavité donnant issue à 200 grammes de sanie noirâtre, dans laquelle on trouve des caillots sanguins volumineux, 150 grammes environ. La surface intérieure de la cavité est inégale, comme plissée ; on y voit des élevures analogues aux colonnes charnues du cœur. La partie inférieure de cette cavité s'avance sous le pubis, règne sur la face antérieure de la vessie; la matrice y proémine en arrière et à gauche ; un infundibulum s'étend jusqu'au rectum. »

Chez un vieillard atteint d'hypertrophie prostatique (2) et de prostatite suppurée, le tissu cellulaire sous-péritonéal

(1) Desgranges. Gaz. hopit, 1848, p. 376.
(2) Gaz. hop., 1864, p. 242.

était épaissi et induré par places et renfermait une dizaine de poches remplies de pus bien lié qui le séparaient de la vessie, près du col vésical, à la partie antérieure.

Les mêmes lésions prévésicales et périvésicales sont signalées dans le cas de perforation, soit calculeuse (Prescott Hewett), soit spontanée (Duplay) de la vessie. Je rapporte l'autopsie intéressante due à ce dernier observateur :

La paroi abdominale est divisée par deux incisions, l'une verticale, l'autre horizontale.

On pénètre alors dans une vaste cavité occupant toute la région hypogastrique, contenant des gaz infects et une petite quantité d'un liquide brunâtre, foncé. Cette cavité est limitée en avant par les muscles abdominaux en partie détruits et réduits à un putrilage noirâtre, gangréneux.

En arrière et en haut, par une membrane épaisse, de couleur brunâtre, grisâtre par places, recouverte d'un pus épais et adhérent, présentant une surface inégale, ramollie. Cette membrane, qui isole complètement la collection purulente des intestins et de la cavité péritonéale absolument saine, paraît être constituée par le péritoine lui-même séparé des muscles abdominaux.

Le fond de cette vaste collection répond à la vessie, et en insufflant celle-ci par l'urèthre, on s'assure immédiatement de l'existence d'une perforation établissant une communication entre la cavité anormale et la vessie.

La collection purulente présente en outre des prolongements considérables le long des parois postérieure et latérale de l'abdomen. En arrière et à gauche, le péritoine est décollé depuis la fosse iliaque jusqu'au diaphragme et depuis la colonne vertébrale jusqu'au niveau du flanc gauche.

La collection purulente a fusé sous le rein gauche, dont la face antérieure est saine. Au niveau des ouvertures costales du diaphragme, le muscle présente en plusieurs points, la même altération gangréneuse qui existait au niveau des muscles de la région abdominale antérieure ; le tissu musculaire est noirâtre, ramolli au point de se déchirer sous le moindre effort, et, sans que l'on

puisse nettement constater le siège d'une perforation, on peut admettre qu'elle existait, car la plèvre du côté gauche renfermait une certaine quantité du même liquide brunâtre gangréneux qui formait la collection hypogastrique.

Du côté droit, même décollement du péritoine, remontant le long de la fosse iliaque, passant au-dessous du cæcum, du rein droit et arrivant jusqu'au voisinage du diaphragme, mais sans l'atteindre. De ce côté le même liquide brunâtre a fusé en petite quantité par le canal inguinal et commençait à s'infiltrer le long du cordon spermatique.

Dans la plèvre gauche, on constate un épanchement brunâtre. La plèvre droite est saine ainsi que le poumon. L'urèthre ne présente aucune lésion. La prostate est volumineuse. Pas de suppuration du tissu prostatique. La vessie offre les lésions habituelles de la cystite chronique.

Enfin en haut et à droite de la vessie se trouve une perforation large comme une pièce de cinquante centimes, assez régulièrement arrondie, à bords amincis, et ulcères du côté de la muqueuse. Cette perforation communiquait avec la cavité anormale développée à la région hypogastrique.

Les désordres sont loin d'être, en général, aussi étendus que dans ce cas où la présence d'une urine altérée imprima aux lésions un caractère de gravité et d'extension tout particulier. Le phlegmon peut s'arrêter pour ainsi dire à sa première période, et le désordre ne consiste alors que dans un engorgement et un épaississement du tissu cellulaire pariétal formant une couche indurée, qui peut acquérir jusqu'à 3 centimètres d'épaisseur (1).

(1) Petrequin. (Exam. medic., 1842, in th. Pouliot, 1868, p. 29.)

SYMPTOMES.

A. TUMEURS PHLEGMONEUSES IDIOPATHIQUES.

M. le professeur Guyon (loc. cit.) et M. Gérardin (thèse citée, p. 35) admettent dans la marche clinique du phlegmon prévésical trois périodes bien distinctes :

1° Une première période de troubles généraux plus ou moins graves ;

2° Une deuxième période de troubles urinaires ;

3° Une troisième période, dans laquelle on observe des signes physiques constitués principalement par la tuméfaction hypogastrique.

Cette division ne répond pas absolument à la réalité et à la généralité des faits, et nous n'admettrons, pour notre part, que deux périodes, qui souvent même se confondent :

1° Une première période de troubles généraux et locaux indiquant un état de souffrance de l'intestin ou de la vessie ;

2° Une deuxième période, dans laquelle apparaît la tumeur hypogastrique avec ses caractères particuliers.

Les troubles de la miction ne sont pas assez constants et accompagnent trop souvent les troubles intestinaux pour qu'on puisse les ranger dans une période à part. A leur début, ils nous paraissent appartenir au même ordre d'accidents que ceux qui se manifestent du côté du tube digestif, et nous ne serions pas éloigné de rattacher les uns et les autres, moins à la phlegmasie du tissu cellulaire qu'à un certain degré de retentissement du côté du péritoine, différant ainsi entièrement des troubles urinaires tardifs, qui sont le fait d'une collection purulente prévésicale ou

des adhérences de la vessie à la paroi abdominale antérieure.

1re *période.* — Cette première période se compose d'une série de troubles du côté du tube digestif; la plupart du temps le malade se plaint de violentes coliques, accompagnées de constipation ou de diarrhée, quelquefois avec sensation de pesanteur rectale et gêne de la défécation; il est parfois aussi tourmenté par des nausées, des vomissements. Dans un cas, la face était grippée, le refroidissement général allait jusqu'à 35°,5; il y avait, en un mot, les symptômes du *péritonisme* (obs. XIV).

Le plus souvent les phénomènes s'accompagnent de quelques troubles du côté de la miction. En général, prédominent les signes d'une cystite légère, caractérisée par des envies fréquentes et douloureuses d'uriner, avec la sensation d'une évacuation incomplète de la vessie (obs. XXIII).

Nous ne trouvons qu'une observation (obs. XV) dans laquelle on ait noté une rétention complète d'urine, pour laquelle on admit le malade à l'hôpital, et encore avait-il déjà une tumeur phlegmoneuse en train d'évoluer et très manifeste. Nous sommes donc loin de l'opinion de M. Castaneda y Campos qui, décrivant les symptômes de cette période, écrit (p. 49) (1) : « En même temps que la douleur apparaît un signe de la plus haute importance, nous voulons parler de la *rétention d'urine.* » L'auteur a mêlé les périodes, et s'il insiste avec autant de soin sur ce phénomène, c'est à cause des erreurs fréquentes auxquelles a donné lieu la tumeur, qui est prise pour la vessie distendue et retenant l'urine.

Au début, la rétention est exceptionnelle; plus tard on

(1) Phlegmon de la cavité prépéritonéale de Retzius ou phlegmon périvésical, th. de Paris, 1878.

croit à une rétention, parce qu'il y a une tumeur trompeuse mais elle n'existe pas.

La douleur est à peu près constante; elle siège surtout dans la région de l'hypogastre, s'exagère par la marche au point de la rendre difficile ou insupportable (obs. XXIII), le malade étant obligé de marcher plié en deux; par les contractions des muscles abdominaux que la flexion des membres inférieurs met instinctivement dans le relâchement; quelquefois elle acquiert son maximum d'intensité après la miction (obs. XVIII). La palpation des régions sus-pubienne et sous ombilicale l'exagère dans tous les cas.

La plupart des observations sont muettes sur l'état de la température et du pouls au début de l'affection; d'après M. Gérardin (p. 36), la fièvre existe rarement à cette période, bien que quelques auteurs pensent qu'elle puisse s'allumer aussitôt et que la maladie puisse débuter par un long frisson intense et unique. Nous n'avons pas été en mesure de contrôler ces assertions.

Dans quelques cas, cette période prodromique fait tout à fait défaut; la maladie s'installe à la sourdine et c'est la tumeur qui en est le premier phénomène (obs. XXV).

Deuxième période. — Elle est exclusivement caractérisée par la présence d'une tumeur à la région hypogastrique. Cette tuméfaction apparaît de bonne heure : d'après le relevé de nos observations, c'est en moyenne du troisième au dixième jour qu'elle est remarquée.

Elle peut, au début, n'être constituée que par un empâtement diffus, mal limité, siégeant plus ou moins loin au dessus du pubis, appréciable seulement à la palpation et sans déformation notable de la région. Elle peut se présenter sous forme d'une large plaque dure, un peu con-

vexe, irrégulièrement triangulaire, à sommet supérieur, à base inférieure (Arnould). Le plus souvent elle constitue une véritable tumeur. Tous les observateurs, où à peu près, sont unanimes pour constater que celle-ci rappelle, à première vue, la vessie plus ou moins distendue par l'urine; c'est donc, en général, un globe saillant à la région hypogastrique, limité, latéralement, par les dépressions des fosses iliaques, en haut par l'enfoncement de l'ombilic et de la région sus-ombilicale. Mais il est important de déterminer avec précision son siège exact, ses limites dans ses divers sens et ses différents aspects.

La tumeur commence en général immédiatement au-dessus du pubis et s'élève à des hauteurs variables: elle a tantôt 4 travers de doigt tantôt 7 à 8 c. tantôt 10 (obs. XXIII) dans le sens vertical; d'autres fois elle atteint la partie inférieure de la région ombilicale et acquiert alors une hauteur totale qui est en moyenne de 20 cent. En bas elle repose sur les pubis et paraît s'enfoncer derrière eux dans l'excavation du petit bassin.

A cheval ordinairement sur la ligne médiane, elle déborde plus ou moins à droite et à gauche, quelquefois également des deux côtés de manière à affecter une forme ovoïde régulière. Souvent aussi elle empiète surtout d'un côté ou de l'autre, de sorte que l'un des reliefs latéraux est surtout prononcé; on l'a notée faisant 3 à 4 cent. de saillie à droite de la ligne médiane, tandis qu'à gauche elle s'en éloignait de 10 cent. Dans un autre fait, on note 5 cent. de saillie à gauchede la ligne médiane et une énorme tumeur à droite s'étendant jusqu'à la crête iliaque et au ligament de Poupart (obs. X).

Mais, dans tous les cas, ce qui donne à cette tumeur une physionomie particulière, c'est la saillie globuleuse qu'elle

fait en avant à tel point que l'hypogastre est saillant tandis que les régions iliaques et épigastriques semblent déprimées; aspect en rapport avec les limites de l'espace dans lequel elle se développe et que nous savons suffisamment circonscrit à ses parties supérieures et latérales pour imprimer aux collections qui s'y produisent cette forme particulière et presque caractéristique.

Les téguments qui recouvrent cette tumeur sont sains tant que la suppuration ne les a pas envahis. Les parties profondes, muscles et aponévroses, intimement appliquées sur la tuméfaction, semblent faire corps avec elle.

La palpation permet de reconnaître que dans la grande majorité des cas les fosses iliaques sont libres; la main peut en déprimant la paroi sentir le bord externe de la tumeur correspondant en général au bord externe des muscles droits au moins dans sa partie supérieure; en bas et sur les côtés elle la sent se perdre dans le petit bassin et quelquefois s'étaler vers les fosses iliaques. On constate de la même manière que cette tumeur est moins régulière que la vue ne l'indique; que ses contours sont sinueux et que, globuleuse dans sa moitié supérieure, elle est plus plate et comme étalée à sa partie inférieure.

Sur les côtés et en haut la main peut quelquefois en apprécier l'épaisseur, et dans un cas (obs. XXV) M. Gaujot l'a évaluée à 5 ou 6 centimètres.

Cette tumeur, quand elle a acquis ces dimensions considérables, présente en général une fluctuation profonde, le plus souvent appréciable de haut en bas et d'un côté à l'autre et sur laquelle nous reviendrons au chapitre des terminaisons; mais elle peut pendant fort longtemps rester extrêmement dure sans aucune trace de fluctuation, au

point de donner l'idée d'une tumeur solide, d'un véritable néoplasme (obs. XXV).

Dans toute son étendue elle est mate à la percussion, et cette matité, qui contraste avec la sonorité des fosses iliaques et de la region sus-ombilicale, permet de délimiter les contours de la tuméfaction.

Le toucher rectal indique le plus souvent que la vessie est à peine distendue ou n'est pas saillante, et que la prostate est saine. A une hauteur variable, mais en général assez grande, et à un niveau qui correspond à peu près à l'extrémité du doigt enfoncé en entier dans le rectum, il fait reconnaître une masse dure se prolongeant dans le petit bassin et dont il est impossible de préciser les limites. Dans la plupart des cas, la saillie est plus prononcée d'un côté que de l'autre, et souvent elle dépasse en haut la région accessible au doigt qui explore.

Par le toucher vaginal on sent entre le col de l'utérus et le pubis à travers la paroi antérieure du vagin une tumeur arrondie, mollasse, en correspondance avec la saillie hypogastrique. Le col utérin est refoulé contre le sacrum.

De même, dans un cas dû à M. Gillette, le toucher vaginal montre l'utérus immobile et refoulé en bas; le cul-de-sac antérieur, effacé presque complètement, laisse à sa place une tumeur assez grosse, rénitente, se continuant avec celle qui se trouve en avant de la vessie et où le palper sus-pubien et le toucher vaginal semblent révéler nettement la fluctuation.

Le cathétérisme donne issue en général à une urine claire et limpide et l'évacuation de la vessie ne modifie en rien ou à peu près l'aspect et les dimensions de la tumeur hypogastrique. Quelquefois le bec de la sonde a pu recon-

naître au sommet de l'organe, après la sortie de l'urine, une dureté insolite (Civiale) et une résistance anormale (Gaujot).

A cette période du développement de la tumeur, l'état général est mauvais et les troubles fonctionnels sont ordinairement très-accusés; le malade a de la fièvre, de l'anorexie, quelquefois des vomissements, de la diarrhée parfois involontaire (obs. XXIII).

La miction est gênée; elle est fréquente, douloureuse; elle ne pouvait, chez un jeune garçon, s'accomplir que si la vessie était distendue par une quantité notable d'urine (obs. XXII).

La douleur spontanée est vive; le malade cherche à la diminuer par l'immobilité du tronc et par la flexion des membres inférieurs; la pression l'exagère et la sensibilité peut être tellement exquise que chez une malade le contact de la chemise ne pouvait même pas être supporté (obs. IV).

Il faut tenir compte alors de l'inflammation superficielle des téguments.

MARCHE — TERMINAISONS — DURÉE

1° Une période de troubles généraux avec phénomènes plus ou moins marqués du côté de l'intestin et de la vessie : *période prodromique.*

2° Une période essentiellement caractérisée par la présence d'une tuméfaction hypogastrique avec les phénomènes que nous lui avons assignés : *période d'état.*

Telles sont les deux étapes que parcourt le phlegmon de la cavité prévésicale, d'origine spontanée ou consécutif à une lésion de voisinage.

A ce moment la résolution, l'induration ou la suppuration sont une des trois terminaisons possibles de la phlegmasie. Ce n'est qu'après avoir étudié la fréquence relative de ces trois terminaisons, leurs variétés, leurs conséquences, que nous pourrons apprécier nettement la durée totale de la maladie, nous éloignant ainsi des habitudes reçues qui, dans le chapitre intitulé « Marche, durée, terminaisons, » donne la durée d'une maladie avant qu'on sache comment elle s'est terminée.

La résolution, terminaison de beaucoup la plus heureuse, n'est pas très rare, comme le dit M. Poisson (1), ni de beaucoup la plus fréquente, comme l'avance le professeur Guyon (leçon citée). Voici ce que nous apprend à ce sujet le dépouillement de nos observations : sur 29 cas de phlegmons d'origine spontanée, au moins en apparence, la terminaison par résolution s'est produite 8 fois.

Dans ces conditions, tous les symptômes s'amendent et de bonne heure, en général : la douleur et la fièvre disparaissent; peu à peu la tumeur fond, pour ainsi dire ; le palper abdominal et le toucher rectal ou vaginal constatent sa diminution progressive, et tout rentre dans l'ordre. On a signalé dans quelques cas, après la résolution, la persistance d'une induration hypogastrique, d'une plaque faisant corps profondément avec la paroi abdominale et pouvant disparaître avec le temps (obs. XIII). Nous ne pouvons guère citer que ce seul fait de phlegmon prévésical terminé par induration, terminaison que nous avons admise plutôt théoriquement que par l'observation rigou-

(1) Poisson. Contribution à l'étude des phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen, th. Paris, 1877.

reuse des faits, car nous ne nous croyons pas autorisé à accepter comme une terminaison par induration la plaque dure, résistante, cicatricielle qui succède à la suppuration et à l'ouverture d'un foyer inflammatoire.

A cette période de la maladie, il n'est pas très rare que la miction gênée seulement au début ou libre depuis le commencement de la maladie, éprouve quelques troubles. Le malade presque convalescent est pris d'envies fréquentes d'uriner, de douleurs dans l'émission et surtout à la fin de l'émission des urines qui sont quelquefois chargées de mucosités. M. Arnould (loc. cit.) a donné de ce symptôme tardif, l'explication suivante : « Le tissu cellulaire de la loge de Retzius destiné précisément à se prêter aux changements de volume de la vessie, devient un tissu inodulaire, sans souplesse ni élasticité; des douleurs et des tiraillements se montrent au moment de l'émission des dernières gouttes d'urine, c'est-à-dire des contractions les plus accentuées de la vessie. » Nous admettons volontiers cette explication à laquelle nous ajouterons les adhérences possibles de la vessie à la paroi abdominale antérieure et le séjour de l'urine dans un réservoir qui ne se vide qu'incomplètement.

Quand la résolution doit être obtenue, elle ne se fait pas attendre, en général, la guérison a lieu en un temps qui varie entre trois et six semaines en moyenne. Elle fut obtenue en trois semaines dans un cas où le toucher rectal avait démontré un ramollissement de la tumeur qui en faisait craindre la suppuration.

La suppuration est une terminaison fréquente et ne paraît pas entraîner un grave pronostic quand elle est reconnue et évacuée à temps. Nous la trouvons notée 21 fois. Elle

s'annonce en général par un redoublement dans les symptômes généraux et une exagération de tous les signes locaux, avec retour des douleurs pendant la miction et à la fin de l'émission de l'urine, avec constipation ou ténesme rectal et expulsion repétée de selles glaireuses, avec accroissement de la tumeur hypogastrique dont la sensibilité s'exagère de plus en plus et dont le relief se dessine de mieux en mieux dans les régions sus-pubienne et sous-ombilicale déformées.

Nous n'avons noté qu'un seul cas où la suppuration, soupçonnée par le toucher rectal, se soit résorbée sans que l'examen des selles ou des urines ait pu faire reconnaître le rejet du pus au dehors; dans l'immense majorité des cas, elle se fait spontanément jour à l'extérieur, ou bien la collection est ouverte. C'est en général entre le pubis et l'ombilic, à une distance plus ou moins grande de l'un et de l'autre point, suivant le volume de la collection, près de la ligne médiane, que le pus vient proéminer et sortir. Si l'abcès est volumineux, il a tendance à s'ouvrir à la fois presque immédiatement au-dessus du pubis et au-dessous de la cicatrice ombilicale; souvent aussi, après une ouverture sus-pubienne insuffisante ou une simple ponction, il se fait une ouverture sous-ombilicale. L'anatomie de la région nous explique la fréquence de cette ouverture, à la partie inférieure de la cicatrice ombilicale vers laquelle le pus se trouve guidé par le trajet des artères et de l'ouraque Dans quelques cas il cherche à faire irruption au dehors par plusieurs voies à la fois : c'est ainsi que simultanément ou à peu d'intervalle de temps la collection s'ouvre à la fois à l'ombilic et dans le vagin (obs. XII); à l'ombilic et dans la vessie (obs. VII, ; enfin, et c'est là une des terminaisons possibles, il se fraie un passage à travers les tuniques du

rectum, et est expulsé par les selles qu'il rend diarrhéiques.

Mais, malheureusement, si la suppuration est méconnue ou si elle n'est pas ouverte à temps, la collection fait tout à coup irruption dans la séreuse péritonéale perforée, et une péritonite suraiguë vient clore la scène (obs. I, II, XVII, XX). C'est le mécanisme ordinaire de la mort dans le phlegmon prévésical.

Tous les observateurs sont unanimes pour constater la quantité considérable de pus qui est rejeté à l'extérieur, quantité beaucoup plus grande que ne le ferait supposer la saillie de l'hypogastre. Et en effet, d'après la manière dont nous comprenons la loge de Retzius, rien d'étonnant à cette énorme accumulation de pus qui se masse non seulement à la face antérieure et supérieure de la vessie en décollant le péritoine jusqu'à l'ombilic, mais sur ses parties latérales où le liquide peut facilement s'étaler et se diffuser jusque sur les côtés du rectum, empiétant même souvent sur la partie la plus interne de l'une ou de l'autre fosse iliaque et quelquefois des deux.

Souvent aussi on a noté la fétidité extrême du pus, caractère commun à toutes les collections purulentes situées au voisinage de l'intestin; quelquefois son aspect sanguinolent qui peut être dû au mélange du sang venant de la rupture de quelques fibres d'un grand droit de l'abdomen, et en général son apparence phlegmoneuse et sa consistance de pus de bonne nature.

Après l'ouverture de la collection à la paroi abdominale, une sonde de femme ou d'homme introduite dans la cavité se dirige soit vers les pubis derrière lesquels elle s'engage, soit en arrière sur les parties latérales de la vessie, et dis–

paraît dans une étendue et des directions qui peuvent faire préjuger de la capacité et de la forme de la poche.

Trop d'éléments différents viennent obscurcir la question pour qu'on puisse avec certitude fixer d'une manière générale la durée de la maladie dans le cas de suppuration : le siège de l'ouverture spontanée ou provoquée, l'étendue de la poche purulente, l'état général du sujet, les soins dont il est l'objet ont une influence considérable sur la durée de la suppuration. Dans bon nombre de cas, quand l'ouverture se fait dans le rectum, ou est pratiquée en bon temps et en bon endroit, la guérison est aussi rapide que lorsqu'on obtient la résolution : elle peut se faire en 14 jours (obs. X) ; en 17 jours (obs. IX) ; en un mois (obs. IV) ; six semaines (obs. XXIII). En revanche, elle peut traîner pendant plusieurs mois, 3 mois (obs. XII), 3 mois 1/2 (obs.), 5 mois (obs. III) et même pendant un temps beaucoup plus long, si la suppuration se complique de la fistulisation des bords des orifices, 18 mois (obs. XXV) et 3 ans (obs. XXVII). Dans un cas, les fistules, au nombre de trois, siégeaient l'une au-dessous de l'ombilic et deux de chaque côté de la ligne médiane (Verneuil) ; dans l'autre, l'orifice unique était situé à 8 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, et à 2 centimètres à gauche de la ligne blanche (obs. XXV).

En général, après l'une ou l'autre de ces terminaisons, résolution ou suppuration, la guérison est complète ; il ne reste qu'une induration plus ou moins étendue de la paroi abdominale antérieure s'effaçant à la longue, ou la trace des ouvertures spontanées ou des incisions chirurgicales avec un cordon qui semble s'enfoncer dans la profondeur des tissus.

Les troubles fonctionnels sont nuls ; le retour à la santé

est complet. Dans une vieille observation de Trécourt, nous trouvons noté que le sujet, une jeune fille, pendant un an après la guérison de son phlegmon qui avait été incisé après suppuration, ne pouvait uriner sans presser avec la main sur la région de la vessie, et dut porter un bandage garni d'une pelote qui appuyait directement sur le milieu de la cicatrice. Trécourt invoque comme cause de cette incommodité l'adhérence probable de la vessie à la paroi abdominale et la section de la ligne blanche qu'il conseille de ménager autant que possible pour éviter les hernies ventrales et faciliter les excrétions. Les détails de l'observation nous apprennent qu'outre la ligne blanche, une bonne partie du muscle droit avait été sectionnée en travers, cause puissante d'affaiblissement de l'effort abdominal.

B. Il serait tout à fait inutile de tracer une symptomatologie particulière du phlegmon de la cavité prévésicale symptomatique d'une lésion de voisinage, ou propagée d'une région adjacente. Les signes de la tumeur ne diffèrent en rien dans ces cas de ceux que nous avons assignés à la tuméfaction hypogastrique d'origine inflammatoire idiopathique. Deux points seulement méritent d'être notés dans cette seconde classe de phlegmons : 1° la grande étendue des phénomènes qui peuvent envahir tout l'abdomen ou à peu près (obs. Besnier (1), Duplay) ; 2° la terminaison à peu près fatale par suppuration, fait en rapport avec la cause primitive, cystite chronique, prostatite suppurée, ulcération de la vessie, fractures du bassin, suppuration de la symphyse pubienne, etc., etc.

Il est bien entendu aussi qu'aux signes donnés par la

(1) Archives générales de médecine, septembre 1878.

tumeur s'ajoutent ceux de la lésion primitive dont nous n'avons pas à faire l'histoire ici.

DIAGNOSTIC.

Le phlegmon prévésical peut donner lieu a des considérations diagnostiques importantes aux diverses périodes de son développement.

1° A la première période, les symptômes généraux et les troubles du côté de l'intestin et de la vessie peuvent faire croire, soit à une péritonite soit à une entéralgie, soit à une cystite.

M. Bernutz a traité de main de maître les caractères différentiels entre la péritonite et le phlegmon du « fascia propria » (c'est ainsi qu'il appelle l'affection que nous décrivons sous le nom de phlegmon prévésical). Nous ne pouvons faire mieux que de lui emprunter les éléments de ce diagnostic différentiel (1).

« Bien que les douleurs puissent avoir le même siège, présenter les mêmes caractères, les mêmes modes de manifestations, déterminer une anxiété semblable et entraîner les mêmes troubles fonctionnels, on trouve des dissemblances assez marquées entre les douleurs péritonéales et celles du phlegmon. Ainsi, plus limitées d'abord, celles-ci restent toujours circonscrites, présentent, dans une partie limitée, un maximum d'intensité correspondant au siège différent de l'inflammation et, de ce point comme d'un centre, partent des élancements pénibles, intermittents, qui s'irradient dans le reste de l'abdomen.

(1) Bernutz. Archives générales de méd., juin, 1850.

« Le retour de ces douleurs passagères, le plus souvent spontané, peut aussi être provoqué par une pression, des mouvements ou des vomissements, qui n'acquièrent que très exceptionnellement, ainsi que les nausées, l'extrême fréquence de ceux que l'on observe dans la péritonite. De plus courte durée, les vomissements s'arrêtent d'eux-mêmes et sous l'influence d'agents thérapeutiques qui, également, font cesser la constipation, moins opiniâtre que dans l'inflammation de la séreuse. Au contraire, la rétraction des parois abdominales est plus marquée, plus persistante dans les phlegmons que dans les péritonites, où les anses intestinales distendues viennent se dessiner à la partie supérieure du ventre, tandis que, inférieurement, une matité légère et la sensation du tremblottement d'un liquide démontrent la présence d'un épanchement peu considérable.

« Mais ces nuances, dans l'expression des symptômes communs aux deux affections, permettraient difficilement d'établir le diagnostic si on ne trouvait des différences plus tranchées dans les symptômes généraux qu'elles déterminent. Ainsi, dans une péritonite occupant la plus grande partie de la séreuse, le malade, immobile dans son lit, reste plongé dans une prostration profonde, indiquée par la chute des forces, la teinte livide du facies grippé, les caractères du pouls complètement abdominal, et ceux de la température de la peau couverte d'une sueur visqueuse.

« La gravité de ces signes est telle que la vie paraît pour ainsi dire, dès le début de l'affection, instamment en danger, tandis que dans la phlegmasie du « fascia propria » l'état général n'offre pas d'emblée cette expression terrifiante, mais présente seulement exagérés les caractères de

la réaction inflammatoire qui se manifeste dans les phlegmons sous-cutanés étendus.

« Enfin, alors même que l'inflammation de la séreuse doit avoir une terminaison favorable, malheureusement trop rare, on voit les accidents persister longtemps avec leur effrayante gravité, tandis qu'ils s'amendent assez rapidement dans les phlegmons ; on peut alors apprécier la tuméfaction superficielle qui permet de reconnaître une méprise, qu'il est difficile d'éviter avant le développement de la tumeur phlegmoneuse. »

L'*entéralgie* est une névrose rare, caractérisée par de l'intermittence dans les douleurs, une variabilité de siège tout à fait différente de la douleur fixe du phlegmon ; enfin c'est une affection tout à fait apyrétique et survenant chez des sujets prédisposés à des manifestations de même nature.

La *cystite* ne peut être que difficilement admise ; survenant en dehors des causes ordinaires qui lui donnent naissance, ne s'accompagnant pas de caractères spéciaux de l'urine, qui est rendue claire et normale. elle sera vite rejetée comme affection primitive

Du reste, cette période prodromique est de courte durée et n'est quelquefois pas observée ; bien plus importante est la période d'état dans laquelle il s'agit de faire le diagnostic du siège et de la nature de la *tumeur hypogastrique.*

Le diagnostic comprend plusieurs points :

A. Reconnaître que la tumeur n'est pas formée par la vessie distendue.

B. Différencier la tumeur phlegmoneuse prévésicale des autres maladies de la région qui peuvent la simuler.

C. Reconnaître sa cause et ses variétés.

A. Dans l'immense majorité des cas la tumeur est prise, au premier abord, pour la vessie distendue par l'urine ; sa saillie médiane et sa forme assez régulière, son développement rapide, les troubles urinaires, justifient pleinement cette première impression. L'erreur peut ne pas être de longue durée et sera évitée grâce aux considérations suivantes (1) : « Le globe vésical distendu est régulier et rénitent ; or, les tumeurs phlegmoneuses prévésicales sont peu régulières ; elles présentent des bosselures, des irrégularités, surtout sur les parties latérales ; la vessie distendue n'est jamais bosselée ; c'est une circonstance importante pour le diagnostic. Si, d'autre part, on combine le toucher rectal avec le palper abdominal hypogastrique, on constate une véritable liberté du rectum et l'on ne perçoit pas la sensation de poids donnée par la vessie distendue reposant sur le rectum ; enfin, et surtout, la tumeur ne se modifie pas par le cathétérisme.

« C'est un fait important à constater que la tumeur n'est pas formée par la vessie, car le médecin est précisément consulté pour les accidents de ce côté, pour une rétention d'urine ou pour ce qu'on croit une tumeur de la vessie. »

Or, dans bon nombre de cas, malgré ces signes précis, le diagnostic reste obscur ou inconnu : la vessie a pu être prise pour une tumeur et ponctionnée ou ouverte comme telle, soit par suite 1° d'une disposition anormale du réservoir urinaire ; 2° de la présence dans son intérieur de calculs volumineux formant tumeur à l'hypogastre ; 3° d'un abcès développé dans l'épaisseur de ses parois.

1° La vessie peut présenter dans sa conformation extérieure des modifications telles que, malgré l'évacuation de

(1) Guyon. Leçon citée.

son contenu, elle persiste à l'hypogastre sous forme de tumeur. Par suite du développement d'un néoplasme dans un des organes de voisinage ou d'adhérences de sa face antérieure à la paroi abdominale, elle peut ne pas revenir sur elle-même et donner lieu à des erreurs par sa distension permanente plus ou moins prononcée. Nous croyons devoir rapporter ici plusieurs faits de ce genre peu connus, importants pour le diagnostic de toutes les tuméfactions de la région hypogastrique.

On trouve dans la science plusieurs exemples de vessie ayant à sa face antérieure un diverticule accessoire dans lequel l'urine s'accumule et fait tumeur sans pouvoir être jamais complètement évacuée.

Dans une séance de l'Académie royale de médecine (1), M. Velpeau montra une vessie composée de deux poches, une naturelle, plus grosse, située derrière le pubis, une plus petite placée dans le petit bassin communiquant avec la première par une petite ouverture, à gauche, sur les côtés du trigone ; ces deux poches pleines formaient, à l'hypogastre, une tumeur médiane rénitente, indolore, qui s'affaissait quand la petite poche se vidait, et reparaissait quand elle était remplie d'urine. Un calcul noirâtre existait dans chacune des cavités.

Waren Green (2) a observé chez un homme une tumeur énorme du bas-ventre, accompagnée d'une tumeur plus petite s'étendant dans la fosse iliaque droite.

Le cathétérisme ne donnait qu'une très faible quantité d'urine, dont l'issue ne modifiait en rien le volume de la tuméfaction. A l'autopsie, on trouva un énorme diverticule

(1) Séance du 15 février 1833.

(2) Americ. médic. Times, IV, 13 march 1862.

de la vessie; celle-ci, très petite, était rejetée vers la droite. Elle communiquait par sa partie supérieure avec une poche formée par la muqueuse de la vessie revêtue du péritoine, atteignant l'estomac et refoulant les intestins. Cette poche était plus développée vers le côté gauche.

Dans un cas (1), pendant un accouchement, on sentit à la palpation, derrière le pubis, la tête du fœtus, et au-dessus de celle-ci une tumeur rénitente, qui semblait être la vessie distendue, mais que ne modifiait pas le cathétérisme. Le toucher vaginal indiquait une seconde tumeur mollasse, rénitente. La vessie était séparée en deux lobes, l'un sus-pubien, l'autre vaginal, par la tête du fœtus. En faisant placer la malade sur les coudes et les genoux, la tête quitta la partie postérieure de la symphyse et descendit un peu vers l'ombilic. L'urine s'écoula et l'accouchement se fit naturellement.

D'autres fois, la vessie comprimée par un corps fibreux de l'utérus faisant saillie dans la cavité vaginale, ne peut évacuer son contenu et fait une tumeur trompeuse. J'emprunte aux Bulletins de la Société anatomique, en la résumant, l'observation suivante, instructive à cet égard (2).

Corps fibreux de l'utérus faisant saillie dans la cavité vaginale. Rétention d'urine méconnue. Ponction de la vessie. Quelques jours plus tard, phlébite utérine. Mort, par M. Budin.

Femme de 52 ans, ayant le ventre arrondi et plus volumineux que normalement. Au palper, on constatait l'existence d'une

(1) Gazette des hôpitaux, 1866, p. 21.
(2) Bulletins Soc. anatomique, 1874, p. 531.

tumeur régulièrement globuleuse, arrondie, partant de la partie inférieure de l'abdomen et remontant jusqu'à l'ombilic, mate à la percussion, d'une fluctuation très évidente. Le toucher vaginal démontrait une tumeur faisant saillie dans le vagin, arrondie, dure, rénitente, du volume d'une tête de fœtus au 7° mois, faisant issue à travers l'orifice utérin.

Aucun trouble de la défécation ni de la miction ; urines limpides. On s'arrêta au diagnostic probable : 1° d'une tumeur solide qui était un corps fibreux de l'utérus ; 2° d'une tumeur liquide superposée, probablement un kyste de l'ovaire.

Le 10 juin, la malade *ayant uriné assez abondamment, une heure auparavant*, ponction de la tumeur et issue de 1,120 grammes d'un liquide limpide, que l'analyse démontra être *de l'urine*.

La tumeur qui proéminait à travers le col était moins saillante dans le vagin après la ponction, mais n'était pas vidée.

Le lendemain on fit le cathétérisme de la vessie et la tumeur liquide qui s'était reproduite disparut de nouveau.

Les observateurs ont été induits en erreur par la régularité de la miction qui n'avait jamais été gênée et les caractères normaux de l'urine, qui cependant était retenue par la compression du corps fibreux utérin.

Chez un malade atteint de tumeur cancéreuse du petit bassin, observé par M. Duplay (1) et présentant des troubles de la miction, on constatait une matité étendue du pubis à l'ombilic et une tumeur qui, après le cathétérisme, s'élevait de trois à quatre travers de doigts au-dessus du pubis. Cette tumeur hypogastrique se reformait et augmentait quand le malade n'avait pas été sondé. L'autopsie montra une masse cancéreuse du petit bassin englobant la vessie et le rectum.

Nous ferons remarquer dans ces deux cas que la tumé–

(1) Archives générales de médecine, 6e série, t. XXIII, 1876, p. 105.

faction hypogastrique, tout en persistant après l'évacuation de l'urine, en ressentait l'effet et diminuait d'une manière faible, mais appréciable ; circonstance importante don il faut tenir compte dans des cas de diagnostic d'une pareille difficulté.

2° Il sera difficile de ne pas reconnaître un volumineux calcul vésical faisant relief à la région hypogastrique. Les troubles antérieurs de la miction, les caractères de l'urine et surtout le résultat du cathétérisme ne pourront guère laisser subsister de doutes. On trouve signalé (1) un fait de calcul tellement volumineux, qu'il avait la grosseur d'un œuf d'autruche, « mesurait 43 centimètres de circonférence selon son diamètre longitudinal, et 30 centimètres selon son plus grand diamètre transversal ; sa hauteur était de 17 centimètres. » Cette pierre volumineuse déterminait une tumeur hypogastrique parfaitement appréciable à la palpation.

3° Souvent aussi c'est à la suite d'adhérences de la vessie à la face antérieure de l'abdomen que cette même erreur est commise.

Un homme de 70 ans, observé par Velpeau (2), présentait une tumeur allongée à l'hypogastre, avec douleur sourde au pubis pendant la miction et très vive pendant le cathétérisme, des urines ammoniacales. Cette tumeur dépasse bientôt l'ombilic en restant toujours dure, tendue, très douloureuse. A l'autopsie, on trouve des adhérences entre la vessie et la paroi abdominale déterminées par des cautères. Il existait un foyer purulent au sommet de la vessie dans l'épaisseur de la tunique musculaire.

(1) Leroy d'Etiolles fils. Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires, 1866.

(2) Gazette des Hôpitaux, 1852, p. 454.

Nous serions, pour notre part, disposé à attribuer cette adhérence bien plus au travail inflammatoire qui siégeait au sommet de l'organe qu'aux cautères, qui ne sont guère capables d'établir de pareilles adhérences.

Civiale cite un cas analogue, dans lequel l'erreur donna lieu à une intervention malheureuse (1).

Un vieillard, dont l'urèthre était rétréci, est atteint de rétention complète d'urine.

Abcès urineux au périnée et tumeur considérable à la région hypogastrique. Tentatives réitérées, mais inutiles, pour arriver avec la sonde dans la vessie.

La tumeur hypogastrique est prise pour un abcès. On l'ouvre ; au lieu de pus, c'est de l'urine qui sort. Tentative pour vaincre le rétrécissement en glissant une sonde d'arrière en avant dans la vessie. Même insuccès.

Le lendemain ouverture de l'abcès périnéal ; issue de l'urine par cette voie. Mort.

Autopsie. On constate que la face antérieure de la vessie adhère à la paroi abdominale dans une étendue plus grande qu'à l'ordinaire. La vessie est à cellules et a des parois fort épaisses.

La même erreur eut lieu dans le fait suivant (2). Chez une femme que l'on crut atteinte d'un kyste de l'ovaire, la tumeur fut ponctionnée, *après que l'on eut préalablement sondé* la malade, comme on le faisait matin et soir, et qu'on eut retiré environ 100 grammes de liquide par le cathétérisme. La malade succomba rapidement à des accidents de

(1) Chassaignac. Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, t. II, p. 419.

(2) Bullet. Soc. Anatomique, 1875, p. 22. M. Ladmiral.

congestion pulmonaire et l'on put constater : 1° que la tumeur n'était autre que la vessie très distendue et adhérente au péritoine ; 2° que l'utérus renfermait un fœtus d'environ 3 mois 1/2 et deux petits myomes situés à sa partie antérieure et supérieure.

Dans ces cas difficiles, où l'exploration de la tumeur, ses caractères ne permettent pas de se prononcer et laissent planer un doute sur sa nature, je pense qu'il serait bon de tenir compte *exactement* de la quantité d'urine émise spontanément ou retirée par le cathétérisme *toutes les vingt-quatre heures*, et si cette quantité reste par trop inférieure au chiffre physiologique moyen, on est en droit de supposer que la vessie fonctionne incomplètement et pourrait bien constituer la tumeur.

Elle peut encore constituer celle-ci par un autre mécanisme, lorsque sa paroi antérieure est distendue par une volumineuse collection purulente développée dans son épaisseur. Dans ce cas, l'erreur n'est pas préjudiciable, puisque l'indication est formelle de donner issue au pus, quelle que soit sa source primitive. Je rapporte en détail une observation ancienne, dans laquelle l'abcès de la vessie fut pris pour une grossesse.

Abcès de la vessie chez une femme crue enceinte (1).

En 1648, une paysanne de Nuremberg avait vu depuis plusieurs mois la partie inférieure de son ventre ou hypogastre augmenter de jour en jour, à tel point que des médecins, des sages-femmes

(1) J. Helwig. Observationes physico-medicæ posthumæ, 1680. Obs. 124, p. 337 (n° 6,725 du catalogue de la bibliothèque de la Faculté)

et des femmes la croyaient enceinte, et portant non seulement un, mais plusieurs fœtus; cependant les règles persistèrent; les mamelles étaient gonflées. Dans les derniers mois, voyant le lait s'écouler de temps à autre et les mamelles redevenir flasques, on craignit un avortement. Mais au onzième mois, la malheureuse succomba après avoir perdu ses forces et ayant tout le reste du corps épuisé. Des médecins ouvrirent le cadavre à la région hypogastrique, en ma présence et devant d'autres médecins et quelques femmes, et dans l'abdomen en putréfaction, outre les viscères sains, on ne trouva et retira qu'une humeur froide, fétide, du poids de 2 ou 3 livres. On vit qu'à la partie antérieure et supérieure de la vessie qui était notablement augmentée de volume la tunique externe était déchirée et qu'il y avait là un abcès considérable, rempli d'un pus abondant et fétide, qui s'étendait sur une large étendue entre les deux tuniques de la vessie, sans lésion profonde de la tunique interne. L'utérus était caché en son siège habituel; il était sans aucune lésion, vide et rétracté. Le mari de la défunte rapporta alors qu'il se souvenait que plus d'un an auparavant, sa femme avait conduit une vache qui se défendait et qui l'avait violemment frappée dans la région du pubis, qu'elle n'avait pas fait attention à la douleur et à la lésion locale, et qu'ensuite elle avait été atteinte de cette maladie. — Observ. person. (1).

Pareille lésion est bien difficile à diagnostiquer cliniquement, et nous serions embarrassé pour dire s'il s'agissait d'un abcès de la vessie ou d'un simple phlegmon prévési–

(1) Anno 1648. Noribergæ mulieri rusticæ per plures menses venter inferior seu hipogastrum ita in dies intumuerat, ut medici quidam, obstetrices, atque mulieres eam, et quidem non unico sed plurimo fœtu gravidam judicarent; menstrua etenim substiterunt, mammæ distendebantur; imo cum postremis mensibus lac interdum effluere viderent illœ, mammasque rursum flacessere, abortum metuebant. Misera autem undecimo demum mensè, ob virium lapsum, ac reliquo corpore tabe consumto, mortua est; cadaver, presente me, et aliis medicis, et mulieribus aliquibus, a chirurgis in hypogastrii regione fuit dissectum, atque in abdomine putrescente, præter viscera naturalia nihil, quam

cal, dans un cas que Civiale intitule *abcès à la face antérieure de la vessie*, et que nous rapportons en résumé (1).

Observation.

Homme adulte, bien constitué, atteint de la pierre et traité par la lithotritie. Plusieurs manœuvres pratiquées pour extraire des fragments de la pierre restés dans l'urèthre où la vessie déterminèrent des douleurs, de l'agacement, des accès de fièvre, qui cédèrent à un traitement méthodique.

Le traitement de la pierre allait être repris quand se manifesta une douleur vague et profonde à l'hypogastre. La palpation sent une induration très étendue surtout vers l'aine droite, avec léger gonflement. Douleur peu prononcée ; pas d'envies d'uriner provoquées par la pression. La vessie explorée avec une sonde après distension par de l'eau, ne présente rien d'anormal. On diagnostique une tumeur en avant de la vessie, en arrière de l'aponévrose abdominale vu l'absence de rougeur, de tension superficielles, et Civiale fait le diagnostic d'*abcès de la paroi vésicale antérieure.*

Bientôt, augmentation de volume dans tous les sens ; douleur, fluctuation ; incision médiane, large et profonde à la région hypogastrique, comme s'il eût été question de pratiquer la lithotomie sus-pubienne pour une petite pierre. Il ne s'écoule que du sang et quelques filets de pus. Charpie, cataplasme. Grand soulagement

humor lentus, fœtidus ad libras duas, tres-ve inventus est et exemtus, atque in vesicæ urinariæ quæ insigniter intumuerat, parte anticâ superiore tunica exterior dirupta visa est, cum magno ibidem abcessu pure multo ac fœtido subtus scatente, quod intra ambas vesicæ tunicas amplum spatium ambiebat, illæsâ penitus tunicâ interiore ; uterus vero in suo destinato loco, sine omni labe, vacuus et contactus latuit. Tunc et maritus demortuæ referebat, se modo reminisci, quod uxor ante annum et ultra vaccam quamdam emulserit, ac ab istâ calcitrante circa pubem violenter percussa fuerit, dolorem ac locum læsum neglexerit, et exinde in hoc malum inciderit. Ex observa. propr.

(1) Gaz. des Hôpitaux, 9 mai 1840.

du malade qui quitte l'hôpital ; mais en montant en voiture, il vit s'écouler par la plaie une énorme quantité de pus. La suppuration se tarit au bout de peu de jours ; la cicatrisation était complète au bout d'un mois ; la cicatrice était peu profonde et la paroi abdominale très souple. A aucun moment, l'urine n'éprouva d'altération notable.

J'ai insisté longuement, et à dessein, sur cette partie du diagnostic que l'on pourrait appeler le *diagnostic de la vessie saine ou malade*, à cause de ses difficultés et de ses incertitudes; et, si j'ai rapproché ces considérations de l'histoire du phlegmon prévésical, c'est à cause de la fréquence de ce dernier plus grande que celle des autres tumeurs de la région, tout en faisant remarquer qu'elles peuvent également s'appliquer aux autres tuméfactions de la zone hypogastrique.

B. Lorsqu'il est établi que la vessie n'est pas en cause, il s'agit de distinguer la tumeur phlegmoneuse prévésicale des autres affections de la région qui peuvent la simuler.

La tumeur peut siéger : a. *Dans la paroi*, myosite, hématome, abcès d'un ou des deux muscles grands droits de l'abdomen;

b. *Dans une région voisine* d'où elle empiète secondairement sur la cavité de Retzius ;

c. *Dans la séreuse péritonéale* ;

d. Elle peut être confondue avec une tumeur solide développée dans un des organes de la région.

a. Quand la tuméfaction a son siège dans l'épaisseur même de la paroi, quand elle est *interstitielle*, elle offre un certain nombre de caractères qui ne permettent guère de méconnaître son siège. Il est rare qu'elle occupe à la fois les deux côtés de la ligne blanche, à moins qu'il ne s'agisse

d'une inflammation tout à fait superficielle, auquel cas l'erreur n'est pas possible. Elle se tend par la contraction des muscles droits qui la rend dure et immobile ; elle se relâche, au contraire, dans l'état d'inaction de ces mêmes muscles, et peut être sensiblement déplacée dans le sens transversal. Quand les phénomènes inflammatoires s'accentuent, la peau et le tissu cellulaire sous-cutanés y prennent part de bonne heure, deviennent adhérents aux parties profondes, s'indurent et rougissent.

Le toucher rectal n'indique aucune tuméfaction intra-pelvienne, et il n'y a aucun trouble du côté de l'émission des urines.

Quand la suppuration se produit, elle n'a jamais cette abondance si fréquemment signalée dans les phlegmons prévésicaux ; en outre, le pus est souvent sanguinolent et peut contenir des fibres musculaires, témoignant ainsi de la constitution primitive du foyer (contusion de l'abdomen, ou rupture musculaire de la fièvre typhoïde).

Quant à ces vastes phlegmons qui ont été décrits sous le nom de *phlegmons profonds* de la paroi abdominale antérieure, je n'en fais aucune distinction avec les tumeurs phlegmoneuses prévésicales qui nous occupent. Le nom seul est changé ; il s'agit en réalité de la même chose. Comment comprendre, en effet, sans cette assimilation, ces grandes quantités de pus caractéristiques de ces inflammations ? Comment admettre qu'elles puissent se développer à la face profonde de la paroi abdominale, dans la petite quantité de tissu cellulaire qui sépare celle-ci du péritoine ? Il faudrait alors que ce péritoine se laissât décoller et distendre dès le début par la collection de manière à former la paroi postérieure de la poche : n'aurait-on pas alors des phénomènes de péritonite, plus marqués, une

ouverture plus fréquente dans la séreuse, ou des phénomènes intestinaux plus graves. J'ai bien plus de tendance à croire que ces collections se développent d'emblée dans le tissu cellulaire lâche qui est situé en avant et sur les côtés de la vessie, — à preuve les signes hâtifs fournis par le toucher rectal, — et que le décollement et l'invasion du péritoine sous-ombilical doublé du fascia transversalis ne sont que secondaires.

Enfin, les cas d'ouverture assez fréquente dans le rectum, dans le vagin, dans la vessie, plaident encore en faveur du siège primitif du pus dans le tissu cellulaire anté et prévésical, où dans le décubitus horizontal il a tendance à se collecter et à s'enkyster.

b. M. le D[r] Heurtaux (de Nantes) a décrit sous le nom de *phlegmon sous-ombilical* (1), une affection très voisine de nos tumeurs phlegmoneuses de la cavité de Retzius. Il s'agit d'une inflammation développée en général dans le cours ou à la suite d'une autre maladie, dans la région de la paroi abdominale antérieure située immédiatement audessous de l'ombilic, se présentant sous la forme d'une tumeur demi-elliptique dont la base, dirigée en haut, affleure la cicatrice ombilicale, tandis que le sommet de la courbe est dirigé en bas et plus ou moins distant du pubis. Les caractères les plus essentiels de l'affection sont : la forme symétrique de la tumeur, sa position sur la ligne médiane et ses dimensions à peu près constantes, proportionnelles au développement du sujet. Ce phlegmon paraît avoir pour siège anatomique la loge aponévrotique sous-ombilicale, limitée en avant par l'aponévrose de l'abdo-

(1) Bullet. et Mém. de la Soc. de chirurgie, t. III, 1877, p. 641 et suiv.

men, en arrière par le *fascia infra-umbilicalis*, en haut par les adhérences de ce fascia à la cicatrice ombilicale et sur les côtés par l'union intime du même fascia avec l'aponévrose d'enveloppe des muscles droits (Heurtaux).

M. Heurtaux a pris soin d'établir le diagnostic de cette affection avec le phlegmon de la cavité de Retzius, et il indique avec raison, pour la première, le début et la symétrie parfaite de la tumeur au-dessous de l'ombilic, la petite quantité de pus qui succède à son ouverture, les faibles dimensions que révèle l'exploration de la cavité à l'aide d'un stylet, l'absence de troubles urinaires, caractères qui sont tous en opposition avec ceux assignés aux tumeurs phlegmoneuses prévésicales.

Ainsi, théoriquement, ce phlegmon sous-ombilical s'arrête en bas, au point où finit en haut le phlegmon prévésical. Mais il n'est pas rare de voir l'une ou l'autre de ces inflammations primitives franchir cette barrière fictive et s'avancer plus ou moins dans leurs loges virtuelles ; les tumeurs phlegmoneuses prévésicales allant s'ouvrir fréquemment à la partie inférieure de l'ombilic et le phlegmon sous-ombilical faisant quelquefois pointe presque jusqu'au-dessus du pubis.

Quelquefois la localisation de la tumeur est plus difficile et il semble impossible de dire où celle-ci a primitivement débuté. Je dois à M. le Dr Nicaise, professeur agrégé de la Faculté, une observation de ce genre, que je rapporte en détail avec les intéressantes considérations dont l'auteur l'a accompagné.

Phlegmon sus-pubien.

Homme de 29 ans, cordonnier, lymphatique, entre le 19 février 1880, à l'hôpital Laënnec, salle Saint-André, n° 14.

Aucune maladie antérieure.

Il y a quinze jours, douleur et tuméfaction au devant du pubis à droite, survenue sans cause appréciable. X... continue à travailler pendant huit jours, mais il souffre en se penchant en avant et les coups de marteau qu'il donne en prenant son genou pour point d'appui, retentissent douloureusement dans la région malade.

Il reste chez lui et applique des cataplasmes.

19 février. On constate une tuméfaction qui occupe la région sus-pubienne assez nettement limitée en dedans, au niveau de la ligne blanche, bien nettement limitée en haut par un bourrelet transversal situé à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus du pubis. En dehors, les limites de la tuméfaction sont confuses. En bas, elle vient traverser l'extrémité inférieure du canal inguinal et descend jusqu'à la racine de la bourse sur le côté de la verge.

La peau est moins mobile; il y a de l'empâtement sous-cutané et de la fluctuation profonde sous-aponévrotique.

Aucune manifestation du côté du péritoine ou de la vessie. La contraction du muscle droit détermine peu de douleurs; le malade peut facilement s'asseoir sur son lit.

Deux vésicatoires sont appliqués immédiatement. Diminution de la tuméfaction, la fluctuation est moins nette.

1er mars. Vingt-quatre jours environ après le début, le prolongement, qui s'étendait jusqu'à la racine de la bourse, présente de la fluctuation superficielle : une incision donne issue à une certaine quantité de pus; il s'en écoule quand on appuie au-dessus du pubis. La cavité de l'abcès paraît rétrécie au niveau de l'anneau inguinal, cavité en bissac.

Cataplasmes. Tube à drainage. Injections phéniquées. Ce traitement est continué jusqu'au 10. Des pressions de haut en bas font sortir le pus qui séjourne au-dessus du pubis.

Le malade sort après le 24 mars, n'ayant plus qu'une très légère induration au-dessus du pubis.

Le siège de la lésion est assez obscur. L'absence de manifestations du côté du péritoine ou de la vsssie me fait éliminer l'idée d'un phlegmon de la cavité de Retzius. D'un autre côté les limites de la tuméfaction, le prolongement qui traverse l'anneau inguinal, la fluctuation profonde montrent que la lésion est sous-aponévrotique. Ce n'est pas non plus une myosite des muscles droits.

Mais l'inflammation siège soit dans la partie inférieure de la gaine de ce muscle, au-dessus de sa dernière intersection fibreuse, soit entre les aponévroses des muscles grand et petit obliques. En effet, j'ai constaté, dans de nombreuses dissections, que les adhérences des aponévroses des muscles grand et petit obliques n'ont pas la même étendue transversale le long de la ligne blanche. Ces adhérences forment un triangle à sommet inférieur, situé sur le pubis. Le bord qui les limite en dehors part donc de la symphyse, se porte obliquement en haut et en dehors, et arrive au milieu de l'espace qui sépare l'ombilic de l'appendice xyphoïde et se trouve à 6 ou 7 centimètres de la ligne blanche. Au-dessus du pubis, les muscles grand et petit obliques sont donc bien distincts.

c. La tumeur phlegmoneuse prévésicale peut être confondue avec une collection intra-péritonéale, et la confusion a dû certainement être faite dans certains cas décrits sous le nom de péritonites purulentes ouvertes à l'ombilic (1).

Nous avons déjà insisté plus haut sur les signes diagnostiques du début de l'affection, sur la gravité des phénomènes locaux et généraux, sur la persistance des vomissements, etc., quand il s'agit d'une inflammation de la séreuse. Nous devons maintenant établir en quelques mots les signes de la collection péritonéale et ses terminaisons.

(1) Second. Féréol. Th. 1859.

Il est noté, dans tous les cas, que la fluctuation se faisait sentir sur une large étendue, absolument comme das l'nascite vulgaire ; que les téguments parfaitement sains semblaient n'avoir aucun rapport avec la collection sous-jacente, que le ventre avait la forme d'une outre, comme dans les cas de distension de la cavité péritonéale, etc. Enfin, et c'est là un signe de la plus haute importance, la collection se fraye spontanément une issue à travers la cicatrice ombilicale, préalablement distendue comme dans la hernie ombilicale. On a noté que l'ombilic était devenu proéminent, avait la forme d'une tumeur herniaire ombilicale (Gauderon) (1). En effet, la poussée du liquide se fait en plein centre de la cicatrice ombilicale, qui en est le point le plus faible, et celle-ci cède sous la distension. Toutes les fois qu'il se fait une ulcération au pourtour de l'anneau ombilical et surtout à sa partie inférieure, on est en droit d'admettre que l'origine du pus n'est pas primitivement intra-péritonéale et que sa marche a été dirigée par un des organes qui rampent entre la séreuse et la paroi (ouraque, artères ombilicales).

Il en résulte, à mon sens, que beaucoup de péritonites dites purulentes n'ont été autre chose que des phlegmons de l'espace prévésical.

d. L'erreur peut avoir des conséquences plus graves quand un phlegmon prévésical est confondu avec une tumeur solide ayant pour siège un des organes du voisinage.

Loin de nous l'intention d'établir un diagnostic différen-

(1) De la péritonite idiopathique aiguë des enfants, de sa terminaison par suppuration et par évacuation du pus à travers l'ombilic. Thèse de Paris, 1876, n° 148.

tiel avec toutes les tumeurs qui peuvent se développer dans le petit bassin, fibromes utérins, kystes de l'ovaire, hématocèle péri-uterine, etc., dont chacune se traduit, en général, par des signes propres et tranchés qui ne permettent guère la confusion : ce serait faire une histoire hypothétique d'erreurs qui n'ont pas été et ne seront peut-être jamais commises.

Nous rappellerons seulement que dans une de nos observations (obs. XXV), le phlegmon prévésical présenta une évolution si lente, s'offrit sous l'aspect d'une masse si dure et si résistante au toucher rectal et à la palpation hypogastrique, que des chirurgiens de premier ordre crurent à un ostéo-sarcome du petit bassin et condamnèrent le malade à une mort prochaine. Ce ne fut que l'évolution naturelle de l'affection et sa terminaison tardive par suppuration qui vinrent plus tard éclairer le diagnostic, qu'aucun signe ne permettait de faire à une période moins avancée. De même dans un cas que je rapporte en détail et que je dois à l'obligeance du professeur Le Fort, un kyste fœtal, une grossesse extra-utérine arrivée à son quatrième mois, a pu être prise pour un phlegmon prévésical suppuré et ouvert comme tel. Je rapporte ce fait avec d'autant plus de liberté que j'ai été moi-même complice de cette erreur qui, aujourd'hui encore, après examen du cas, me paraîtrait bien difficile à éviter.

Chap.., Claudine, âgé de 30 ans, domestique, entrée le 3 avril 1880, salle Sainte-Clotilde, n° 28, à Beaujon, service du professeur Le Fort.

Pas de maladies antérieures. Jamais bien réglée ; trois enfants.

Il y a cinq ans, après sa dernière couche, la malade dut rester pendant huit jours au lit, souffrant de violentes douleurs dans le

ventre. Depuis cette époque, ces douleurs ne l'ont jamais complètement quittée, avec des périodes de rémission et d'exacerbation. Elle vit à plusieurs reprises un médecin qui crut à un déplacement utérin ou à une métrite et qui cautérisa le col de l'utérus.

5 avril. A l'entrée de la malade, le ventre est douloureux surtout à la pression, au niveau de la région hypogastrique, surtout à droite. En ce point, on constate la présence d'une tumeur globuleuse, assez mobile, d'une consistance ferme, du volume d'un œuf de poule.

Le toucher vaginal montre le col un peu allongé, normalement entr'ouvert, et fait reconnaître dans le cul-de-sac antérieur une petite tumeur arrondie, du volume d'une noisette. Les mouvements imprimés à la tumeur sont transmis à l'utérus.

La face est pâle, d'apparence presque cachectique ; la malade est amaigrie, sans forces ; elle se plaint de dyspepsie, de constipation.

Pas de fièvre.

Le 25. Vers 3 heures du matin, éclatent des douleurs de ventre très vives, s'accompagnant de pâleur de la face, d'un grand abattement et de faiblesse du pouls qui est filiforme. L'émission des urines est difficile et nécessite le cathétérisme.

Le palper abdominal ne révèle rien de nouveau.

Le 26. L'état général est meilleur, le ventre moins douloureux.

3 mai. Les douleurs de ventre sont encore assez vives, mais elles diminuent de plus en plus depuis trois jours. Constipation persistante.

La tumeur abdominale a beaucoup diminué ; elle est d'une consistance moins grande. Etat général bon.

Le 7. La malade a eu quelques vomissements la nuit dernière.

Le 8. La tumeur a augmenté de volume à sa partie inférieure ; la douleur à la pression y est très violente. Par le toucher vaginal on constate que le cul-de-sac antérieur est gonflé, dur, et le siège d'un empâtement assez notable.

Le 16. On sent toujours une tumeur assez volumineuse à droite mais un peu moins dure.

Le 22. Les vomissements qui avaient cessé depuis plusieurs jours ont recommencé aujourd'hui, mais sont peu abondants. On

y trouve une petite quantité de sang. La malade se trouve à l'époque de ses règles et elle n'a rien vu ces jours-ci; du reste, elle n'a pas été réglée depuis le mois de février.

3 juin. M. le professeur Le Fort me fait l'honneur de m'inviter à voir cette malade, et je constate avec lui les faits suivants : depuis l'ombilic jusqu'au-dessus du pubis, la partie inférieure de l'abdomen est déformée par une tuméfaction volumineuse, très nettement appréciable à la vue.

La tumeur, à grand axe vertical, commence au-dessous de l'ombilic et s'étend jusqu'au pubis; elle occupe surtout le côté droit de la région hypogastrique empiétant un peu en dedans sur la ligne médiane, en dehors ne dépassant pas une ligne qui correspondait au bord externe du muscle grand droit. Elle est comme bridée vers sa partie médiane, de sorte qu'elle présente deux saillies plus volumineuses, l'une au-dessous et à droite de l'ombilic, l'autre au-dessus de la partie interne de la branche horizontale du pubis, près de la ligne médiane.

Par la palpation, on reconnaît que la fosse iliaque droite est libre et que la tumeur n'y est nullement contenue; que celle-ci dépasse la ligne médiane en s'avançant vers le côté gauche, et qu'en bas elle repose sur les pubis dont on ne peut l'isoler.

Il existe une fluctuation profonde des plus nettes, soit dans chaque poche de la tumeur isolément, soit de la portion sus-pubienne à la portion sous-ombilicale.

Les téguments de l'abdomen sont sains et la paroi abdominale tout entière semble recouvrir la tumeur.

L'exploration est très douloureuse et arrache des cris à la malade,

Par le toucher vaginal, on constate un léger degré d'antéversion utérine ; les culs-de-sac latéraux sont libres et nullement déprimés. En introduisant le doigt profondément, on sent à droite et à gauche, pendant qu'on exerce une pression hypogastrique, une certaine rénitence surtout marquée à gauche.

Le cathétérisme ne retire que quelques gouttes d'urine. Notre conviction est qu'il s'agit là d'une collection purulente profonde ayant pour siège l'espace prévésical, limitée en dehors au niveau du bord externe du muscle grand droit, surtout développée du côté droit mais, empiétant aussi un peu sur la ligne médiane. Les

antécédents et les commémoratifs nous font penser que cette malade a été atteinte depuis son dernier accouchement d'une inflammation subaiguë, développée dans le petit bassin, qui s'est réveillée dans ces derniers temps, et qui s'est traduite par ces poussées douloureuses du côté du bas-ventre avec fièvre, vomissements et formation d'une tumeur propagée à l'espace prévésical, surtout à droite, et que la marche de l'affection, la sensibilité de la région et le mauvais état général de la malade nous font croire composée par du pus.

L'indication étant formelle de donner issue à cette collection qui va toujours en augmentant, M. Le Fort procède à l'opération de la manière suivante : une incision parallèle à l'arcade crurale, située à 2 travers de doigt environ audessus du pubis et commençant près de la ligne médiane pour s'étendre à 4 c. en dehors, divise la paroi abdominale couche par couche jusque dans la profondeur. A ce moment, le doigt introduit dans la plaie sent moins nettement la fluctuation que lorsque les téguments n'étaient pas incisés. Néanmoins, celle-ci paraît nette en un point et la section des tissus est achevée à la sonde cannelée ; à ce moment une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent s'échappe au dehors, mais *sans aucune trace de pus*. Le doigt introduit dans la plaie constate la présence d'une tumeur dure, ronde, du volume d'une petite mandarine, qu'il n'est pas difficile de reconnaître pour la tête d'un fœtus. A ce moment, une quantité de sang considérable s'échappe par la plaie. M. Le Fort agrandit l'incision et extrait rapidement un fœtus de 3 à 4 mois, qui fait un mouvement inspiratoire et dont les battements du cœur sont très visibles ; la cavité qui le renfermait donnant du sang en grande quantité, le placenta n'est pas recherché, le cordon est sectionné et laissé au dehors, et la poche est tamponnée avec trois grosses éponges.

Compresses d'eau-de-vie camphrée. Compression de l'abdomen avec un bandage de corps.

La malade, qui a mal supporté le chloroforme et perdu du sang en assez grande quantité, est pâle et en imminence de syncope.

L'examen des mamelles, qui n'avait pas été fait jusqu'à ce jour, démontre une légère augmentation de volume. et la pression en peut sourdre une petite quantité de liquide d apparence séreuse.

Le 3, soir. Le sang a traversé les pièces du pansement et im-

bibe, l'alèze sur laquelle est couchée la malade. Celle-ci est très excitée. Le visage est pâle, un peu grippé. Le pouls est petit et fréquent.

Traitement. — Thé au rhum, potion cordiale.

Le 4. A 8 heures, on sonde la malade qui rend environ 500 ou 600 grammes d'urine foncée en couleur. A la visite, on défait le pansement et l'on retire les trois éponges laissées dans la cavité. La dernière est assez difficile à retirer. Il s'écoule par la plaie du sang en assez grande quantité. On croit reconnaître le grand épiploon dans une masse graisseuse, lamellaire, qui vient faire hernie dans sa plaie. Le ventre est douloureux, ballonné. Le pouls est toujours petit et fréquent. On refait le même pansement.

Soir. A 4 heures, la malade est très affaiblie. Le facies est franchement péritonéal. Le pansement est imbibé de sang. Pouls filiforme.

Vers 6 heures, l'interne de garde fait une injection sous-cutanée d'ergotine.

Mort dans la nuit, à 3 heures.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve les anses intestinales agglutinées par un exsudat séro-purulent mêlé à un peu de sang, en un mot les lésions d'une péritonite suraiguë avec épanchement sanguin. En rabattant avec le plus grand soin la portion sous-ombilicale de la paroi antérieure de l'abdomen, on voit que la cavité, dans laquelle s'était développé le fœtus, était pour ainsi dire virtuelle et que les anses intestinales seules accolées par un exsudat inflammatoire, isolaient imparfaitement le fœtus du reste de la cavité péritonéale.

Le grand épiploon, qui s'était engagé dans la plaie, est noirâtre et infiltré de pus dans sa moitié inférieure. Le petit bassin est rempli dans sa partie droite par des caillots sanguins et des détritus vasculaires se détachant avec la plus grande facilité. Le ligament large droit, dans toute sa partie antérieure, ne présente plus aucune trace de péritoine. La séreuse est remplacée par une surface tomenteuse, très vasculaire, à laquelle adhèrent assez faiblement des débris sanguinolents de ce qui devait être le placenta. Le ligament, au point où il rejoint la fosse iliaque, n'existe pour ainsi dire plus. L'ovaire correspondant a disparu, et il est probable que l'ovule a été fécondé en ce point. La trompe,

dépourvue de pavillon, est réduite à un cordon dur, non tubulé, allant rejoindre l'utérus. Celui-ci, augmenté de volume et ayant 8 ou 9 centimètres de hauteur sur 6 ou 7 de largeur, a ses parois très épaissies. La muqueuse utérine présente des granulations fongueuses et saignantes.

Le ligament large gauche est normal.

Nous ne chercherons pas à formuler les élements d'un pareil diagnostic; le cas nous paraît trop exceptionnel pour se représenter.

Penser à sa possibilité, pratiquer une exploration minutieuse de tous les organes de la région, tenir scrupuleusement compte de tous les signes, — état du col utérin, longueur de la cavité utérine; état des mamelles, troubles de la menstruation, etc.; — telles sont les précautions qui s'imposent dans l'examen des tumeurs du bas-ventre chez la femme.

Enfin, dans tous ces cas douteux, il nous parait bon, avant de plonger le bistouri dans la tumeur, d'y pratiquer une ponction exploratrice dont l'innocuité, pour ne pas être absolue, est néanmoins plus grande.

TRAITEMENT.

Au début de l'affection et tant qu'on peut espérer la résolution de la phlegmasie, il faut insister sur les antiphlogistiques de toute nature: repos, diète, émollients, frictions mercurielles belladonées, sangsues, préparations opiacées *intus* et *extra*.

Je passe rapidement sur cette partie du traitement, qui ne s'applique pas spécialement à la tumeur.

Dès que se sont produits les signes généraux de la for-

mation du pus et que la fluctuation est manifeste, il faut donner issue à la collection : on n'aura rien à gagner à l'expectation, qui est loin d'être sans dangers. C'est, en effet, en pareille circonstance que le pus s'est fait jour dans le péritoine : dans des cas moins malheureux, il se dirige vers l'ombilic, et l'orifice spontané, aussi mal placé que possible pour l'écoulement facile du pus, tend à devenir fistuleux.

Si la collection semble peu abondante et nettement limitée au-dessus du pubis, une seule incision suffisamment large, pratiquée en ce point, lui donnera issue. Néanmoins, par suite de la position horizontale du malade, cette ouverture se trouve fatalement placée au sommet de la collection qui devra sortir en luttant contre la pesanteur. Aussi, voyons-nous souvent notés des accidents sérieux de rétention purulente, des stagnations du pus qui ne sort que par des pressions et une lenteur considérable dans le retrait de la poche et l'épuisement complet de la suppuration (obs. Boyer, Verneuil, etc.). Aussi la nécessité d'une contre-ouverture à la partie la plus déclive de la collection s'est imposée dans nombre de cas.

Chez l'homme, son siège est difficile à fixer : elle doit être pratiquée immédiatement au-dessus de la symphyse si une première incision a été faite plus ou moins haut au voisinage de l'ombilic. Aussi, dans ce cas, nous croyons important de faire largement, des le début, cette incision sus-pubienne et de ne faire une seconde incision plus haut que pour le lavage de la poche, la première devant être l'incision *de choix*.

On peut en outre avoir la main forcée et se voir obligé de pratiquer des incisions *de nécessité* en des points plus ou moins élevés où la collection devenue superficielle me-

nace de perforer la peau et de fuser sous les téguments. Mais ces ouvertures, à moins de très faible suppuration, ne seront toujours regardées que comme secondaires et seront insuffisantes si le pus est abondant. Des drains en anse la relieront avec avantage à l'ouverture inférieure qui devra toujours être considérée comme la plus importante.

Chez la femme, le siège de la contre-ouverture est tout indiqué : elle devra être faite à la paroi antéro-supérieure du vagin. Le pus vient naturellement s'accumuler au-dessus d'elle et s'y manifeste par une fluctuation non douteuse et facilement transmise à la main placée sur la tumeur hypogastrique. Il peut s'y faire jour spontanément, indiquant ainsi la voie qu'on doit lui ouvrir.

Cette conduite a été suivie avec succès dans plusieurs observations. (Gosselin, Gillette, L. Le Fort.) Elle peut cependant donner lieu à un accident peu grave, il est vrai, mais bon à éviter cependant : je veux parler de l'ouverture de la vessie par le trocart.

Dans un cas (Gosselin), l'urine sortit immédiatement, mêlée au pus. Le lendemain le tube à drainage fut retiré ; une sonde à demeure fut placée dans l'urèthre, et l'urine cessa rapidement de couler par l'orifice de la ponction.

Dans une autre observation (L. Le Fort), une injection d'eau poussée dans la vessie immédiatement après le drainage abdomino-vaginal revint par la sonde introduite dans l'urèthre ; ce ne fut que quelques jours plus tard que l'on reconnut l'issue de l'urine mélangée au pus et se faisant surtout par l'orifice vaginal du drain. La malade avait, du reste, remarqué que, depuis l'opération, elle ne gardait plus ses urines et qu'elle était parfois tourmentée par des épreintes vésicales sans émission de liquide. La

portion vaginale du drain fut retirée, et le lendemain la malade gardait ses urines comme avant sa ponction. L'écoulement continuel des urines fit croire justement au professeur Le Fort que la plaie faite par le trocart siégeait au niveau du col de la vessie.

Ce n'est pas seulement en faisant le drainage abdomino-vaginal que pareil accident s'est produit ; le chirurgien cité par Trécourt (obs. III) ouvrit la vessie en fendant une collection située au-dessous de l'ombilic.

Le professeur Verneuil, en débridant avec l'écraseur linéaire, des trajets fistuleux situés à l'hypogastre, consécutifs à un phlegmon profond de la région ouvert au-dessus de l'ombilic, vit tout à coup s'échapper un flot de liquide qui n'était autre que de l'urine. Malgré une suture de Gély faite immédiatement et l'introduction d'une sonde à demeure dans la vessie, il persista, pendant quelque temps, une fistule urinaire hypogastrique qui se rétrécit spontanément et fut oblitérée plus tard par une cautérisation au thermo-cautère.

C'est dans les rapports anormaux et les adhérences accidentelles que la vessie contracte avec la paroi abdominale antérieure, qu'il faut chercher l'explication de ces mécomptes : nous avons insisté sur ces points en traitant de l'anatomie pathologique. Leur connaissance impose donc une certaine réserve au moment de l'intervention chirurgicale.

Le drainage abdomino-vaginal ne sera pratiqué qu'après exploration méthodique du chemin parcouru par la tige mousse du trocart sentie dans le cul-de-sac antérieur du vagin.

M. Le Fort pense que, dans un cas semblable, on aurait intérêt à ne pas vider complètement la vessie Celle-ci,

modérement distendue, forcerait en quelque sorte l'extrémité mousse du trocart à atteindre la paroi vaginale en passant sur les parties latérales du réservoir urinaire. Si, au contraire, elle est vide, elle se trouve repoussée devant le bout de l'instrument et vient elle-même au devant d'une perforation. (Obs. citée.)

Je n'insiste pas sur les soins consécutifs et la nécessité des lavages et des injections qui seront pratiqués avec les substances et par les moyens usités en pareille circonstance.

OBSERVATIONS

A. *Phlegmons idiopathiques*

Observation III

(Trécourt. Mémoires et observations de chirurgie, 1769, XVe observ., p. 152.)

Il y a quatre ans qu'une fille âgée de 22 à 23 ans, ayant ses règles, se mit les pieds dans l'eau froide ; ses règles furent supprimées ; trois ou quatre mois après, il lui survint un dépôt à la cuisse qui s'ouvrit de lui-même ; il suppura environ un an, et au bout de ce temps l'ulcère se cicatrisa, et il se forma un nouveau dépôt au-dessus de l'os pubis, directement sous la ligne blanche : on y appliqua des remèdes de toutes espèces, suivant l'avis des bonnes femmes ; enfin la tumeur devint grosse comme un œuf de dinde, et vers le douzième jour de la maladie je fus appelé : la malade n'y tenait plus par l'atrocité des douleurs ; je trouvai la tumeur des plus enflammées avec beaucoup de dureté et une fièvre ardente ; j'y fis appliquer des cataplasmes anodins et ordonnai une saignée du bras qui fut faite sur le champ ; la malade reposa la nuit, et le lendemain je trouvai la tumeur bien moins enflammée et qui commençait à se ramollir. Je fis ajouter au cataplasme l'onguent de la mère ; le même jour, au soir, je pus distinguer un point de suppuration, mais bien obscur. Je fis continuer le même cataplasme. Le lendemain, qui était le troisième jour de mon arrivée, je trouvai la suppuration bien établie ; j'ouvris le dépôt avec un bistouri à deux doigts de la ligne blanche, du côté droit ; ayant porté le doigt dans le fond de l'abcès, je trouvai un vide si considérable que je passai

très facilement ce doigt du côté gauche sous cette ligne aponévrotique, détruisant les brides et clapiers qui s'y rencontrèrent : je fis une contre-ouverture à une distance à peu près égale à celle de la première incision. Le pus étant évacué, je pansai la plaie avec de la charpie brute, j'en arrangeai une certaine quantité sur l'intervalle des deux incisions pour faire une compression mollette et empêcher le pus de séjourner, par dessus une compresse d'un pouce d'épaisseur sur trois de largeur et six de longueur, sur le tout une grande compresse et le bandage de corps ajusté, de façon que la compression expulsive eût lieu. Le lendemain, je passai avec des bourdonnets mollets et plats, trempés dans un digestif simple, sans déranger la compresse du milieu que je faisais assujettir par un aide et le reste de l'appareil comme ci-dessus.

Je fus obligé de quitter la malade, éloignée de chez moi de deux lieues, et de la confier au chirurgien du lieu ; mais le défaut de confiance me fit rappeler le troisième jour : je trouvai tout dans un fort bon état, la suppuration belle et en médiocre quantité, les parois intermédiaires paraissaient vouloir se réunir.

Je n'épargnai rien pour engager la malade à donner sa confiance au chirurgien, et je fis mal ; car, deux jours après mon départ, il coupa avec un rasoir ce que j'avais ménagé avec tant de soin, c'est-à-dire la ligne blanche et une partie des muscles droits. Il y eut une légère hémorrhagie qui alarma d'abord, mais qui fut arrêtée aussitôt par l'application de quelques astringents. La malade souffrait considérablement, et la nuit suivante les urines furent supprimées.

Je m'y rends le lendemain ; on avait différé le pansement ; je fus fort surpris de trouver l'appareil pénétré de sang, mêlé d'urine, et une plaie de 4 pouces de longueur sur 3 au moins de largeur. Lorsque j'eus levé tous les tampons dont on s'était servi pour arrêter l'hémorrhagie, j'aperçus dans le fond de la plaie un petit jet pareil à celui d'une petite source.

Comme le messager m'avait dit que la malade avait peine à uriner, je m'étais muni d'une sonde à femme ; je me hâtai de la passer dans la vessie par l'urèthre ; il en sortit environ une pinte d'urine sanguinolente, et je vis le fond de la plaie s'abaisser et le petit jet disparaître, sur lequel je mis un plumasseau imbibé d'eau vulnéraire et par dessus un autre plumasseau trempé dans le di-

gestif. Je recommandai à la malade de lâcher son urine le plus souvent qu'elle le pourrait; pour cet effet, j'ordonnai qu'on l'éveillât toutes les heures, et que, pour peu qu'elle éprouvât de difficulté, on me fît avertir, car je restai quatre jours pour lui donner les secours dont elle pourrait avoir besoin; je fus obligé de la sonder cinq fois en vingt-quatre heures, et peu à peu les urines reprirent leur cours ordinaire; le fond se garnit de nouvelles chairs, mais la cicatrice fut cinq mois à se former; je la mis à l'usage des eaux de Spa, dans lesquelles on faisait dissoudre une demi-once de sel de Duobus par bouteille; les évacuations périodiques se rétablirent; et tout alla de mieux en mieux.

La malade a porté pendant un an une incommodité qui l'inquiétait et qu'elle ne m'a confiée qu'après ce temps; c'était de ne pouvoir uriner sans presser avec la main la région de la vessie; je lui ai conseillé de porter pendant le jour seulement un bandage garni d'une pelotte qui appuie directement sur le milieu de la cicatrice; depuis qu'elle s'en est servie, elle m'a assuré de n'être plus obligée d'y porter la main.

Il est probable que la vessie était adhérente au péritoine, et j'ai eu tout lieu de présumer que le chirurgien en question pourrait bien avoir intéressé cette membrane (le péritoine) en coupant l'intervalle des deux incisions. Il est encore probable que la difficulté de rendre les urines sans presser le fond de la vessie pouvait bien être causée en partie par la section de la ligne blanche, ce qui prouve qu'il faut la ménager autant que possible pour éviter les hernies ventrales et faciliter les excrétions.

Observation IV

Inflammation du fascia propria occupant la partie supérieure et latérale de la région hypogastrique du côté droit. Suppuration. Ouverture de l'abcès. Guérison.

(Mauquest de la Motte. Traité de chirurgie, édit. de Sabatier, t, I, obs. 50, p. 205.

Au mois d'avril 1697, un soldat du régiment de Viautés fut conduit à l'hôpital, étant malade *d'une douleur qui s'étendait sur toute la capacité de l'abdomen, si grande et si vive qu'à peine pouvait-il*

souffrir sa chemise dessus. Comme cette douleur était continuelle et sans aucun intervalle, je n'en cherchai pas la cause ailleurs que dans une inflammation générale de toutes les parties, tant contenantes propres que contenues, de cette cavité. Les parties contenantes communes étant celles qui paraissaient y avoir le moins de part, cela me fit commencer le traitement de cette grande maladie par la saignée que je réitérai plusieurs jours de suite, et une décoction émolliente et résolutive, dont je lui faisais donner 31/2 de lavement chaque jour et un linge trempé dans cette décoction, autant chaud que le malade le pouvait souffrir, appliqué sur tout le ventre, que je faisais renouveler sans cesse dès qu'elle était refroidie ou que le linge était sec. Je continuai l'usage de ces remèdes pendant dix jours, sans les changer, quoique les douleurs devinssent excessives et insupportables ; après quoi je m'aperçus d'une petite tumeur qui commença à paraître à la partie supérieure et latérale de la région hypogastrique du côté droit, avec un peu de rougeur sur laquelle j'appliquai le suppuratif que j'y laissai jusqu'au lendemain, à la levée duquel je sentis une ondulation, laquelle, quoique légère, me marqua ce que je devais faire, et dès que j'eus préparé l'appareil, je pinçai la peau d'un côté et en fis faire autant à mon garçon de l'autre ; puis je coupai avec mon bistouri droit tout ce que j'avais pincé. Cette incision découvrit jusqu'à la membrane commune des muscles, que j'ouvris avec toute la délicatesse possible et jusqu'au péritoine (1) que je perçai aussi, par l'ouverture duquel il sortit une quantité surprenante de matière ; j'en laissai couler autant qu'il en put sortir et l'excitai

(1) Note de Sabatier, loc. cit., p. 206. Le péritoine que l'auteur dit avoir compris dans l'incision qu'il fit pour vider cet abcès, montre qu'il le croyait placé dans la cavité du ventre. Mais quelle apparence qu'il y eut son siège, la guérison ayant été si prompte et n'ayant pas duré plus d'un mois ! lorsqu'il se forme des abcès dans quelqu'une des parties contenues dans le bas-verre et que le pus s'panche dans cette capacité, il ne survient point de tumeur extérieure, comme celle qui parut. On voit aussi l'épiploon et les intestins se présenter à l'ouverture du péritoine, ce qui n'est pas arrivé; on peut donc assurer que l'abcès était placé dans le tissu cellulaire du péritoine et peut-être même seulement entre les muscles du péritoine.

même à couler en pressant un peu le ventre ; après quoi je pansai l'abcès avec une tente à tête, en sorte néanmoins qu'elle laissât couler le pus à mesure qu'il se présentait. Ce malade fut très mal pendant six à huit jours après lesquels il commença à se mieux porter et se rétablit dans la parfaite santé après un mois que je l'envoyai rejoindre son régiment.

Observation V

Boyer. Traité des maladies chirurgicales, etc., t. IX, p. 50.

Une femme de 26 ans, enceinte de deux mois, fit une chute de six pieds de haut. N'éprouvant pas d'accidents graves, elle continua ses occupations ordinaires. Au bout de six semaines il lui survint des douleurs vives à la région hypogastrique et à la vessie ; bientôt elle eut une rétention d'urine. On la soigna, on lui conseilla des boissons mucilagineuses, des bains et des fomentations émollientes. Les urines s'écoulèrent par regorgement ; on insista sur les mêmes moyens. Il se forma deux abcès, l'un à l'ombilic, l'autre au-dessus du pubis. Ces abcès s'ouvrirent spontanément et leur ouverture resta fistuleuse. L'urine sortait en partie par ces deux voies contre nature et en partie par l'urèthre. Elle continua de couler de cette manière pendant la grossesse et jusqu'au quinzième jour avant l'accouchement qui se fit heureusement ; ensuite elle reprit son cours par l'urètre. Les fistules se fermèrent et cette femme se trouva bientôt parfaitement guérie.

Observation VI.

Péritonite puerpérale purulente avec abcès enkysté dans le petit bassin (Gaz. des hôpitaux, 1848, p. 376.)

Douze jours après l'accouchement, signes de péritonite.

Plusieurs ponctions péritonéales faites à quelques jours d'intervalle donnent issue à une grande quantité de pus.

Signes de péricardite. — Anasarque généralisée. — Mort. — Autopsie. — Péritonite généralisée.

Au dehors de la cavité péritonéale et seulement separée par le péritoine et une membrane propre existe une cavité donnant issue à 200 grammes de sanie noirâtre dans laquelle on trouve environ 150 grammes de caillots sanguins volumineux. La surface intérieure de la cavité est inégale, comme plissée; on y voit des élevures analogues aux colonnes charnues du cœur. La partie inférieure de cette cavité s'avance sous le pubis, règne sur la face antérieure de la vessie. La matrice y proémine en arrière et à gauche. Un infundibulum s'étend jusqu'au rectum.

Observation VII

Evacuation par l'urèthre du pus d'un abcès de la paroi abdominale, par M. Sainz Blazquez, in Gaz. médic., 1848, p. 55. (Résumé.)

Femme de 35 ans, lymphatique. Quelque temps après un avortement, douleurs à la partie latérale gauche de l'hypogastre, et dans cette même région, tumeur assez volumineuse, dure, inégale, insensible à la pression, douloureuse spontanément.

Au bout de quelque temps, formation d'une tumeur *au-dessous de l'anneau ombilical* ; suppuration, ouverture au bistouri, issue de pus louable.

Peu de temps après, signes d'une forte inflammation gastro-intestinale en même temps que vives douleurs dans la région périnéale, avec difficulté d'uriner, sensation d'ardeur dans l'urèthre, grande tension dans l'hypogastre.

La malade va de mal en pis ; on lui donne l'extrême-onction et un jour que le médecin pansait la tumeur qui avait suppuré, la malade lui dit qu'elle sentait tomber dans le ventre un liquide assez froid qui était sans doute du pus, disait-elle, puisqu'il lui semblait venir du point où existait la suppuration et descendre de là. Mais on ne put penser qu'il se fit réellement une collection purulente dans la cavité abdominale. Ce ne fut donc pas sans une grande surprise que l'on vit tout d'un coup sortir une grande quantité de pus par l'urèthre. La malade répéta qu'elle n'avait aucun doute qu'il ne procédât de la tumeur, puisqu'elle percevait clairement la

sensation que déterminait sa chute dans la vessie urinaire ; puis son écoulement par l'urèthre confirma ce soupçon et le changea en certitude. A partir de ce moment amélioration rapide ; suppuration à la fois par l'urèthre et la plaie du ventre. Le trentième jour du traitement, la tumeur avait disparu et la femme avait repris une santé parfaite.

Observation VIII.

(Archives de médecine, 1re série, t. XX, p. 262. Abcès à l'hypogastre, suite d'affection vénérienne, par Castera D.-M.-P., chirurgien de l'hôpital civil et militaire de Lunéville.)

Un soldat, porteur d'un chancre à la face intérieure du prépuce, entre à l'hôpital pour un bubon à droite. Quinze jours après, hypogastre douloureux et douleur abdominale augmentant à mesure que le bubon se dissipe et proportionnellement ; l'urine est accompagnée d'un mucus brûlant puriforme ; à 2 pouces environ au-dessus du pubis et à droite du sterno-pubien, large élévation des téguments, dure et plus sensible que les autres points des parois abdominales. Une incision superficielle amène la sortie d'un peu de sang veineux ; pas de collection au-dessous de l'aponévrose. On devait croire que le foyer avait son siège dans le tissu cellulaire qui environne la vessie ; le malade ne permit d'abord pas qu'on allât plus profondément, puis il céda.

Après section de l'aponévrose et du muscle droit, issue d'un pus blanc jaunâtre épais, sans odeur. Quelques jours après, rechute ; hypogastre tendu, rouge, division de toute la paroi abdominale. Un stylet introduit dans la plaie se dirigeait sur la vessie. Le pus s'étant complètement écoulé, guérison.

Observation IX.

Dothiénentérie. Convalescence. Phlegmon prévésical.
Incision. Drainage.
(In C. Paul, loc. cit.)

Riou, V.., 31 ans, entré à l'hôpital Necker pour une fièvre typhoïde commune et de médiocre intensité. — 3 mars 1862.

Dans les derniers jours du déclin de la fièvre, le malade se plaignit d'une douleur dans l'hypogastre et d'une difficulté à uriner. Le volume, la forme de la tumeur, sa matité, sa fluctuation, la difficulté à uriner firent qu'on diagnostiqua une rétention d'urine et qu'on fit le cathétérisme. On ne ramène que peu d'urine et la tumeur persiste. On diagnostique un abcès de la cavité prépéritonéale.

7 avril. La tumeur a les mêmes caractères : les douleurs s'exaspèrent à la pression ou au moindre mouvement, de sorte que le malade est forcé de rester dans l'immobilité, les jambes à demi fléchies.

Le 8. Incision verticale sur la ligne médiane à 4 ou 5 centimètres de la symphyse pubienne, et issue immédiate d'une énorme quantité d'un pus bien lié très fétide. La cavité de l'abcès est explorée avec une sonde en gomme élastique qui pénètre dans presque toute sa longueur sur les côtés, mais qui ne va pas à plus de 5 centimètres lorsqu'on la dirige du côté de l'ombilic ou vers la symphyse. Le toucher rectal qui donnait la sensation d'une tumeur avant l'incision ne perçoit plus rien d'anormal après la sortie du pus : la prostate est peu volumineuse.

Aussitôt l'évacuation du pus, le malade est débarrassé de ses douleurs, peut étendre ses jambes ; la miction pénible et la constipation disparaissent.

La suppuration continue abondamment pendant deux semaines. Au bout de ce temps, on introduit une sonde de gomme élastique qui est laissée à demeure ; trois jours après, elle est remplacée par un tube à drainage. L'appétit et l'embonpoint reviennent; plus de de douleurs, miction facile, selles normales, si bien que le 6 juin on retire le tube à drainage et qu'on cautérise la plaie.

Le lendemain 7, les accidents reparaissent, frissons, vomissements abondants : pouls fréquent inappétence et constipation : la plaie suppure beaucoup moins.

8 juin. Les vomissements ont cessé, le malade n'a plus que de légères nausées, la diarrhée est établie, le pouls se ralentit.

Le 9. L'état continue à s'améliorer, la diarrhée continue, l'appétit reparaît ; néanmoins la céphalalgie persiste. La plaie ne donne que peu de pus ; en pressant sur les côtés de dehors en dedans, on en fait sortir une certaine quantité qui est assez bien liée, mais fétide.

Les 10 et 11. La fièvre est tombée, le malade est mieux, la suppuration modérée; le malade peut marcher un peu mieux.

Le 13. Le mieux n'a pas continué à progresser, et l'on est encore très inquiet sur l'issue de la maladie.

Observation X.

Phlegmon sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure sans cause appréciable. Ouverture au-dessous de l'ombilic. Guérison rapide.

(In Vaussy. Des phlegmons sous péritonéaux de la paroi abdominale antérieure. Paris, th., 1875.

C..., Chapelain, 11 ans, bien guéri depuis quelques semaines d'une bronchite d'abord suspecte est pris tout à coup de malaise avec fièvre et inappétence : en même temps une douleur extrêmement vive se manifeste dans la région hypogastrique, augmentant au moindre effort à la toux, à l'inspiration, bientôt généralisée à tout l'abdomen. Au bout de deux jours, ses parents s'aperçoivent que l'enfant a le ventre dur et volumineux dans toute la région située au-dessous de l'ombilic.

16 octobre. Entrée à l'hôpital : malaise, fièvre : ni frisson, ni vomissements.

A l'inspection du ventre on trouve une tumeur s'étendant depuis l'ombilic jusqu'au pubis; elle dépasse la ligne médiane à gauche de 5 centimètres, et s'étend à droite jusqu'à la crête iliaque d'une part et jusqu'au ligament de Fallope d'autre part. Cette tumeur es dure, rénitente, peut-être fluctuante, mais tellement douloureuse que l'exploration en est rendue presque impossible. Elle rappelle la forme de la vessie énormement distendue par l'urine. Le cathétérisme est pratiqué. La coloration de la peau est normale, pas la moindre trace de rougeur , pas d'œdème. — Rien au toucher rectal. Deux selles diarrhéiques. — On diagnostique un phlegmon sous-péritonéal de la paroi antérieure de l'abdomen sans pouvoir trouver aucune cause.

Le 18. Douleur hypogastrique persistante; la tumeur paraît

fluctuante : un petit point rouge de la grandeur d'une pièce de 50 centimes apparaît immédiatement au-dessous de l'ombilic et sur la ligne médiane. Le lendemain le point rouge s'est élargi et soulevé, formant une petite tumeur de la grosseur d'une cerise. La fluctuation est évidente et l'ouverture spontanée paraît prochaine. Une petite incision est faite au bistouri et il s'écoule une quantité énorme de pus assez mal lié, mêlé d'un peu de sang et horriblement fétide sans avoir toutefois l'odeur stercorale. Un stylet est introduit dans la plaie avec de grands ménagements ; il pénètre perpendiculairement à une profondeur de 4 centimètres, mais on ne peut le faire avancer obliquement, soit en bas, soit latéralement.

Les jours suivants le même pus continue à couler abondamment; les douleurs diminuent, l'état général s'améliore.

Le 30, à la palpation l'abdomen est souple à gauche, un peu résistant au doigt au niveau de la ligne blanche avec empâtement manifeste et douleur à la pression à partir de l'ombilic. Injections phéniquées.

Le pus diminue, le ventre s'assouplit, la fistule sous-ombilicale est complètement cicatrisée le 11 novembre. Guérison complète.

Observation XI.

Blennorrhagie. Coliques violentes. Phlegmon prévésical. Suppuration. Guérison.

(In Labuze. Th. Paris, 1871.)

J. L..., 27 ans, a eu il y a deux mois une blennorrhagie disparue en trente jours à la suite d'injections, et qui n'a laissé aucun trouble de la miction.

Il y a huit jours le malade a été pris sans cause de coliques violentes sans diarrhée et a vu se développer à la région hypogastrique une tumeur douloureuse qui peu à peu s'est étendue du pubis à l'ombilic.

Toute cette région est tuméfiée, douloureuse au toucher, mate à la percussion, très dure, chaude, sans rougeur de la peau : un peu mobile latéralement, cette tumeur semble faire partie de la paroi

abdominale : elle est nettement limitée en dehors par une ligne oblique de dehors en dedans et de haut en bas à quatre travers de doigt de la ligne médiane.

Miction fréquente avec ténesme léger. Le cathétérisme montre la vessie vide : ni rétrécissement, ni altération de l'urine. Fièvre, anoréxie, état saburral.

La douleur diminue d'abord; puis la tumeur proémine, se ramollit, la peau rougit; douleurs lancinantes avec mictions fréquentes et douloureuses.

La fluctuation est reconnue, la tumeur incisée : après une issue considérable de pus de bonne nature, la guérison se fait rapidement (du 3 au 17 avril 1861).

Observation XII.

Phlegmon sous ombilical ayant décollé la paroi abominale. Fistule par l'ombilic et le vagin. Guérison par les injections iodées.
(Par M. Rendu, médecin des hôpitaux.)

Marie P..., 8 ans. Cette enfant, au dire de ses parents, fut prise à la fin de juin de douleurs abdominales vives, considérées comme des coliques, et accompagnées de vomissements. Pendant les premiers jours, elle marchait encore, mais courbée en deux et souffrant beaucoup : bientôt elle dut s'arrêter et se mettre au lit. Des accidents fébriles se déclarèrent, et le médecin qui la soigna pensa qu'elle avait une fièvre typhoïde ou une péritonite.

Vers la fin de juillet, une tumeur se collecta au devant de l'abdomen, et souleva la paroi abdominale tout autour de l'ombilic. La peau rougit, s'enflamma et un abcès devint évident. On ne voulut pas l'ouvrir, et il s'accrut considérablement.

Le 6 août, une ouverture spontanée se fit, et l'enfant évacua par le vagin une grande quantité de pus très fétide, on constata en même temps que la tumeur abdominale avait diminué et s'était affaissée. Malgré cela, quelques jours plus tard, une seconde ouverture se fit du côté de l'ombilic, et resta fistuleuse. C'est dans ces conditions qu'on amena la malade à l'hôpital.

On constate à son entrée (26 août) une fistule ombilicale s'ou-

vrant par trois petits pertuis ponctiformes, et donnant issue à du pus verdâtre, crêmeux, très fétide (par transsudation). Tout autour existe sur une étendue de 15 centimètres environ, un empâtement à peu près près circulaire, qui paraît notablement plus profond du côté de l'hypochondre gauche, vers la région splénique. La pression en ce point fait sourdre abondamment le liquide. De même, lorsqu'on provoque un effort de la part de l'enfant, l'écoulement se fait largement, et simultanément par l'orifice vaginal. Ce dernier provient bien d'une fistule du vagin, et non de la vessie, car en sondant la malade on ramène une urine parfaitement limpide. Il n'y a pas soupçon de calculs.

Sur toute l'étendue de la tumeur rénitente la percussion donne une matité complète, qui se laisse bien circonscrire par de la sonorité intestinale (ce qui est une présomption pour que cela ne vienne pas d'une tumeur du foie ou de la rate). De plus, en combinant le palper, l'ébranlement en masse de la tumeur, on se convainc qu'elle ne dépend d'aucun viscère, et qu'elle est adhérente à la paroi abdominale. On ne peut guère plus la rapporter à une péritonite enkystée, suppurée, l'état général étant bon et le reste du ventre présentant une souplesse normale.

Le diagnostic est donc un phlegmon aigu sous-aponévrotique, développé dans la cavité prépéritonéale de Retzius.

Pendant les premiers jours, le traitement consiste en bains, sirop de quinquina, frictions sur le ventre avec une pommade à la ciguë et à l'iodure de potassium. Puis on y joint l'emploi de l'huile de foie de morue à l'intérieur.

A partir du 7 septembre, on pratique des injections iodées étendues dans la cavité de l'abcès, autant comme désinfectant que comme moyen curatif.

Dès cette époque, le pus ne s'écoule que par la voie ombilicale, et cesse de passer par la fistule vaginale.

21 septembre. L'empâtement abdominal a diminué beaucoup, la fistule ombilicale ne donne plus que lorsqu'on presse sur la poche purulente : le pus est toujours aussi fétide. Cependant la santé générale est bonne. Tous les deux jours, injection iodée. Bains sulfureux.

Graduellement, on voit diminuer la quantité de la sécrétion du

kyste, et vers le 14 octobre c'est à peine si la pression forte fait sourdre une cuillerée à bouche.

19 octobre. A peine quelques gouttes.

Le 23. L'oclusion de la tumeur paraît complète et la fistule se ferme.

Pendant une semaine, l'enfant est tenue en observation; elle est rendue à sa famille, le mieux persistant.

Observation XIII.

(Arnould. Gazette médicale, 13 octobre 1877, p. 501. Remarques sur les phlegmons sous péritonéaux.

Jeune soldat de six mois de service; après huit jours de coliques et de constipation, fièvre intense, sensibilité et soulèvement de toute la région sous-ombilicale de l'abdomen.

Le troisième jour, saillie hémisphérique, médiane et sus-pubienne, absolument semblable à un globe vésical par l'aspect et le siège, et qui peut avoir, en la circonscrivant sous la main, le volume d'une tête d'enfant.

Au quinzième jour, sous la paroi abdominale antérieure et inférieure, il se présente une large plaque dure, un peu convexe, s'étendant depuis 4 centimètres au-dessous de l'ombilic jusqu'au pubis; cette plaque affecte irrégulièrement la forme triangulaire; la base du triangle déborde à gauche la ligne blanche de 3 centimètres; le sommet s'écarte de 7 à 8 centimètres de la ligne médiane et se dirige vers l'arcade de Fallope, dont il se rapproche beaucou. On ne perçoit pas bien, à la palpation, l'endroit où finit ce sommet, tandis que la tumeur paraît assez superficielle à 2 ou 3 centimètres au-dessous du pubis. Bref, il est évident que la plaque d'induration est entièrement dure dans la loge de Retzius, mais beaucoup plus à droite qu'à gauche. Ne pourrait-on croire que l'irritation primitive est partie de la fosse iliaque ou plutôt du cæcum, le sujet ayant souffert de constipation....

Il y eut de légers accidents dans la miction, mais à la fin de la maladie et lorsque le phlegmon prévésical se cicatrisait. La raison en est bien simple: le tissu cellulaire de la loge de Retzius, des-

tiné précisément à se prêter aux changements de volume de la vessie, était devenu un tissu inodulaire, sans souplesse ni élasticité ; des douleurs et du tiraillement se montraient chez notre homme au moment de l'émission des dernières gouttes d'urine, c'est-à-dire des contractions les plus accentuées de la vessie. C'est si facile à comprendre que nous n'insistons pas.

Observation XIV.

Constipation. Expulsion de vers. Phelgmon prévésical. Guérison par résolution. (Bull. Soc. méd., 26 octobre, 1877.)

Delmas, 27 ans, se présente le 27 août à la visite de son régiment, ressentant de vives douleurs au bas-ventre, avec constipation, bouche mauvaise. Ipéca. Augmentation des douleurs ; purgatif le 1er septembre.

Le 2. On constate l'état suivant : face grippée, extrémités froides, pouls petit, fréquent : vives douleurs abdominales. Par la pression, on provoque de la douleur surtout vers le flanc droit et la région hypogastrique. Pas de tumeur ; il n'existe aucune affection de la vessie ni du canal de l'urèthre ; le malade n'a pas reçu de coup sur l'abdomen, pas de hernie ; les deux testicules sont dans les bourses. Température à 35,5.

Le 3. Même état ; constipation ; pas de vomissements. T., matin 36,7 ; soir, 37,9.

Le 4. Les douleurs se localisent dans la région hypogastrique qui est empâtée : constipation ; 4 selles après un lavement purgatif ; le malade vomit deux lombries dans la soirée, et un le lendemain, trois le 8.

Le 9. Le malade va mieux ; les douleurs sont moins vives, mais on sent toujours de l'empâtement à la région hypogastrique : on dirait que la vessie est pleine. Cependant le malade urine bien. Malgré une dose de santonine, plus de vers expulsés.

A partir du 10 septembre, il se produit surtout vers le soir un mouvement fébrile très marqué allant à 38,5, matin ; 39,8, soir.

L'abdomen a une forme caractéristique ; il est déprimé à l'épigastre et fortement bombé à l'hypogastre, comme si la vessie,

extrêmement distendue, devait faire saillie à ce niveau. La pression est douloureuse au-dessus du pubis, et on sent une tumeur qui s'étend des deux côtés de la ligne médiane, un peu plus à gauche qu'à droite. Pas de rougeur ni d'œdème à la peau ; pas de fluctuation profonde. Le malade vide bien sa vessie, les urines ne présentent aucun caractère anormal, le cathétérisme est difficile et provoque un peu de douleur au niveau du col de la vessie. Le toucher rectal est pratiqué ; la prostate n'est pas hypertrophiée, mais la pression est douloureuse du côté de la vessie ; il existe, à ce niveau, de l'empâtement.

La fièvre baisse le 15 septembre ; à partir de ce jour, apyrexie, amélioration, diminution, puis disparition des douleurs ; mais la résolution de la tumeur hypogastrique ne se fait qu'avec lenteur. Le malade prend avec plaisir des aliments légers et se lève ; pas de pus dans les selles.

1er octobre. On sent encore une tumeur indolore à la région hypogastrique, mais elle a beaucoup diminué ; selles et digestions normales ; amélioration rapide.

Le 11. Le malade quitte l'hôpital en bonne santé, portant toujours une induration profonde, mais indolente, à la région hypogastrique.

Observation XV.

Douleurs abdominales. Phlegmon prévésical. Guérison par résolution.
(Castaneda y Campos. Th. de Paris, 1878.)

X... est reçu à l'hôpital, service de M. Guyon, comme atteint de rétention d'urine.

Il se trouvait malade depuis six semaines, accusait comme antécédents des douleurs vives siégeant dans la moitié inférieure de l'abdomen ; vomissements et difficulté considérable pour uriner, pas assez grande cependant pour s'opposer à l'émission complète des urines. Lorsqu'il est entré à l'hôpital, il n'avait pas de fièvre, le ventre est médiocrement tendu et peu douloureux ; on percevait très aisément dans la région hypogastrique la présence d'une tumeur assez dure représentant exactement, comme apparence et comme forme, la vessie distendue ; le toucher rectal permettait de

reconnaître cette tuméfaction et faisait constater qu'elle n'abaissait pas le bas fond vésical, comme on observe dans la rétention d'urine avec distension. Le cathétérisme démontra, d'ailleurs, que la vessie se vidait.

Le diagnostic fut immédiatement défini, et on considéra le malade comme atteint d'un phlegmon prévésical. Rien ne démontrait l'imminence de la suppuration, il était donc indiqué de chercher à obtenir la résolution. Une série de vésicatoires volants, le repos complet au lit, le pansement des vésicatoires avec les cataplasmes, firent obtenir la résolution de la tuméfaction en moins d'un mois.

Observation XVI (Résumée).

(Idem.)

Le 26 juin 1872, une jeune fille, âgée d'une vingtaine d'années, était atteinte d'une affection fébrile avec dificulté d'uriner.

On constata une tumeur occupant exactement la région vésicale et donnant l'idée d'une vessie remplie. Le cathétérisme fut fait qui vida la vessie en ne donnant qu'une faible quantité d'urine ; la tumeur n'en persista pas moins, occupant toute la région vésicale. L'examen de la région hypogastrique faisait voir une tumeur médiane, s'élevant presque jusqu'à l'ombilic, mate à la percussion et donnant une sensation de fluctuation douteuse. Par le toucher rectal, on sentait une tumeur occupant toute la région vésicale et faisant croire à une vessie pleine d'urine.

Le toucher vaginal put être pratiqué sans rupture de la membrane hymen, et donna la même sensation d'une vessie remplie.

Il ne paraissait pas douteux qu'il s'agissait d'un abcès de la cavité de Retzius, et le chirurgien qui soignait la malade proposa d'attendre, bien décidé à faire l'incision hypogastrique si la situation devenait alarmante. Quelques jours après, l'évacuation se faisait brusquement par le rectum ; cinq semaines plus tard, le 1er août, on constatait chez la malade un état assez satisfaisant ; elle ne rendait plus de pus par l'anus

La malade traîna encore jusqu'à la fin du mois, et le 3 octobre suivant elle était guérie quand on l'examina de nouveau.

Observation XVII (Résumée).

(Idem.)

Un malade observé par M. Guyon présentait tous les symptômes physiques d'une rétention d'urine portée au dernier point ; tuméfaction considérable et globuleuse de toute la région hypogastrique. Il urinait péniblement et la sonde introduite avait fait couler un peu d'urine, mais la tuméfaction globuleuse persistant malgré le cathétérisme opéré avec facilité, on put acquérir ainsi la certitude que cette tuméfaction était extra-vésicale. Quelques jours aprés, et malgré les moyens résolutifs employés, le phlegmon arriva à la suppuration, et le malade mourut rapidement après avoir présenté tous les symptômes d'une péritonite suraiguë.

Observation XVIII.

Accès de coliques. Phlegmon prévésical. Guérison par résolution.
(In Th. de Gérardin, 1879, p. 53.)

S..., 13 ans, présentant comme antécédents éloignés une dysentèrie grave, et sujet depuis trois ans à des accès de colique passagers et violents, est pris, le 16 novembre 1878, à 5 heures du matin, d'un nouvel accès qui cède vite à l'ipéca et le laisse fatigué avec un peu de fièvre.

16 novembre. Les douleurs reparaissent comme la veille, se localisent dans le bas-ventre, s'exacerbant aprè la miction ; une selle naturelle.

Le 18. Les douleurs continuent avec les mêmes caractères ; cinq selles glaireuses, urines chargées.

Pendant les trois jours suivants, les douleurs se calment ; n'apparaissent plus qu'après la miction ; pas de fièvre, urines claires et abondantes.

Le 29. Même état. M. Brouardel examine le malade pour la troisième fois. A la palpation de l'abdomen on constate l'existence

d'une grosseur occupant la région hypogastrique, plus nettement limitée à droite, ayant une forme globuleuse et montant à 4 travers de doigt au-dessus des pubis.

2 décembre. Le toucher rectal est pratiqué ; le doigt rencontre au-dessus de la prostate une tumeur dure, régulièrement arrondie, se prolongeant un peu plus à droite qu'à gauche et dépassant les limites que le doigt peut atteindre.

Jusqu'au 10, l'état général se maintient assez bien ; pas de fièvre ; inappétence ; les douleurs après la miction persistant seules ; ce jour, la palpation révèle la diminution de la tumeur.

Du 15 au 20, les douleurs abdominales reparaissent et le ventre est très douloureux au toucher; un peu de fièvre, 38°, 38°,5. Urines claires.

A partir du 20, amélioration; les douleurs s'apaisent, persistant seulement après la miction pendant quelques jours encore; la tumeur diminue, l'appétit reparaît.

Le 30. On constate un léger nuage dans les urines.

6 janvier. Le toucher rectal révèle la disparition de la tuméfaction qui existait au-dessus de la prostate.

Le 17. Le malade se lève avec un bon état général; la tumeur abdominale a presque entièrement disparu; guérison rapide.

Observation XIX.

Phlegmon prévésical. Incision. Guérison.
(Idem.)

T..., 22 ans, sans antécédents morbides; en particulier pas d'affections des voies digestives ni des organes génito-urinaires; a ressenti, vers la fin de novembre 1878, des douleurs sourdes dans le bas-ventre.

A son entrée, le 12 décembre 1878, on constate immédiatement au-dessus du pubis une tumeur médiane, sous-musculaire, dure, adhérente à la symphyse. Elle s'est accrue graduellement et est arrivée à présenter 10 centimètres de hauteur à partir du pubis, sur 13 centimètres de largeur. Le ramollissement a commencé à distance égale du pubis et de l'ombilic dans les premiers jours de

janvier, Ouverture en ce point; il s'écoule peu de pus. Pendant quelques jours coliques et diarrhées. Cystite légère et passagère. Guérison complète le 8 février.

Observation XX.

(Constantin Paul. In thèse de Gérardin.)

En 1861, dans le service de M. Bouley, à Necker, une jeune fille présentait à l'hypogastre une tumeur, qui, par la saillie qu'elle faisait, par les limites de son bord supérieur, par la matité et la fluctuation dont elle était le siège, faisait croire au premier abord à une vessie distendue par l'urine. Le cathétérisme montra, au contraire, que la vessie était parfaitement libre et revenue sur elle-même. La poche se rompit dans le péritoine, et une péritonite emporta la malade.

Observation XXI.

Phlegmon prévésical. Guérison par résolution.
(Fernet. In thèse de Gérardin.)

Un jeune homme, âgé de 18 ans, se plaignait d'une douleur vive à l'hypogastre, douleur accompagnée d'une tuméfaction de la région hypogastrique. On pouvait croire à une vessie distendue par l'urine. Il n'en était rien, car la sonde donna un résultat négatif. Par le toucher rectal, on eut une sensation de fluctuation assez nette. On eut recours aux antiphlogistiques, et, en trois semaines, ce phlegmon qui paraissait suppuré fut guéri. Il ne s'échappa du pus par aucune ouverture naturelle. Les selles furent glaireuses pendant quelque temps, et rien de plus.

Observation XXII.

Phlegmon prévésical.

(Observation recueillie par Ferd. Dreyfous, interne des hôpitaux.)

Cet enfant, d'une bonne santé habituelle, s'est plaint pour la première fois, il y a huit jours, d'une douleur de ventre qui, dès le début, l'a forcé à garder le lit.

Ce soir, 21 mars, son état paraît tout d'abord grave; sa face exprime l'anxiété; les traits sont tirés et le teint est bleuâtre et plombé. Le pouls est régulier sans petitesse marquée. T. 39,8.

Si on demande à l'enfant où il souffre, il dit qu'il a mal au ventre; il n'a d'ailleurs pas reçu de coup sur l'abdomen.

Le ventre est distendu, cette distension n'est pas uniforme. Toute la moitié gauche fait à partir de la ligne médiane une saillie très appréciable, si bien qu'il se dessine, au contraire, une dépression au flanc droit et à la fosse illiaque droite. L'épigastre est météorisé de même que la région ombilicale.

Mais le phénomène prédominant est une douleur très vive non-seulement à la percussion, mais même au moindre contact. Le maximum de la douleur et celui de la matité répondent au flanc gauche et à la moitié gauche de l'hypogastre. Au delà de cette région existe une zone concentrique où la douleur persiste, mais seulement à la percussion et où il n'y a plus que de la submatité. Aucune matité, aucune douleur à la région lombaire gauche.

Par le palper, on sent une induration très nette qui occupe tout l'hypogastre et se prolonge en haut jusque dans le flanc gauche. Cette tuméfaction paraît appartenir à la paroi abdominale; mais elle n'en occupe pas les couches superficielles (la peau peut être déplacée et glisse facilement au-dessus d'elle). D'autre part, elle n'est pas située profondément dans la cavité abdominale ; son siège exact paraît être le tissu sous-péritonéal de la région.

En pratiquant le toucher rectal, on sent une tuméfaction diffuse au niveau du cul-de-sac vésico-rectal.

La vessie est distendue, mais moins que ne le ferait croire la matité hypogastrique (l'enfant n'a pas uriné depuis midi), le cathé-

térisme amène l'évacuation de 200 à 300 grammes d'urine. Et la tumeur hypogastrique persiste, peut-être a-t-elle seulement un peu diminué.

Les troubles fonctionnels autres que la douleur sont peu importants. Pas de rétraction du membre inférieur gauche, pas même de gêne considérable des mouvements de la cuisse ; l'enfant est venu à l'hôpital en marchant.

Il est constipé depuis une huitaine de jours (sauf une selle peu abondante hier). Il dit enfin avoir de la peine à uriner ; pour qu'il le puisse faire, il faut qu'il y ait déjà une certaine quantité d'urine accumulée dans la vessie.

En résumé, la persistance de la tumeur après le cathétérisme, le siège de l'induration, en l'absence de tout signe d'occlusion intestinale ou de péritonite (ni vomissements, ni hoquets), l'existence concomittante d'une tumeur dans le cul-de-sac vésico-rectal, tout cela fait penser à un phlegmon périvésical dont la cause reste inconnue.

Traitement : Huit sangsues à l'hypogastre ; lavement purgatif.

22 mars. P. 14, le matin ; T. matin, 39 ; soir, 40,6.

Le matin, l'enfant souffre moins ; la langue est sèche, pâteuse.

Huit sangsues ; frictions mercurielles belladonées ; cataplasme ; potion contenant extrait de belladone 0 gr., 02 centigr.

Le 23. T. matin, 38,8 ; soir, 40,1.

La douleur est moins continue ; elle vient par crises ; son intensité est moindre. Une selle ; l'enfant ne souffre pas en urinant.

Huile de ricin, 20 grammes.

Le 24. T. matin, 39,6 ; soir, 39,8.

La saillie du flanc et de l'hypogastre paraît moins accusée ; le palper est moins douloureux et la matité occupe une moindre étendue.

Même traitement : M. le Dr Lannelongue, appelé en consultation, pense qu'il n'y pas lieu d'intervenir activement.

Le 2. T. matin, 38 ; soir, 38,8.

Le 26. T. matin, 38 ; soir, 39.

L'enfant n'a plus la même physionomie ; au lieu de cette apparence souffreteuse, il a l'air tout souriant. Les douleurs spontanées sont devenues moins continues et moins vives. La percussion et la palpation de l'abdomen sont moins douloureuses ; la matité

a diminué d'étendue en tout sens. Le toucher rectal r met de constater également une diminution de volume de la tumeur sans que sa consistance ait diminué. Le doigt introduit dans l'anus ne ramène pas trace de pus. Une selle diarrhéique la nuit.

Le 27. T. matin, 37,8; soir, 39,1.

Le 28. T. matin, 38,2; soir, 38,5.

On sent encore dans le cul-de-sac recto-vésical une rénitence obscure.

Le 29. T. matin, 38,4; soir, 40,4.

Huile de ricin. Les selles provoquées par le purgatif sont douloureuses, et après les dernières garde-robes, le ventre est resté douloureux.

Nuit bonne; l'enfant dit ne plus souffrir. Le ventre est ballonné à la région ombilicale et la percussion est plus douloureuse sur l'abdomen, mais la tumeur n'a pas augmenté; bain, castaplasme, bouillons féculents, lait. T. matin, 39; soir, 39,8.

Le 31. T. matin, 39; soir, 39,8.

Le 1er avril. Hier soir la figure était souffreteuse et l'enfant se plaignait. Ce matin aucune douleur à la percussion ni à la palpation de la tumeur. Une selle liquide ne contenant pas trace pus. Onctions, cataplasme, bain. T. matin, 39,4; soir, 40.

Le 2. T. matin, 38,4; soir, 38.

Au toucher rectal, on constate une diminution manifeste du volume de la tumeur, à droite et sur la ligne médiane. A gauche, au contraire, le doigt rencontre une tumeur rénitente, dure; lavement avec 15 grammes de glycérine.

Le 2. T. matin, 37,6; soir, 38.

La douleur a diminué; on peut palper l'abdomen et même presser sur l'hypogastre sans faire souffrir l'enfant. L'induration a aussi diminué; on ne trouve plus de rénitence que dans la fosse iliaque au-dessus de l'arcade crurale; au niveau du pubis l'empâtement a disparu.

Le 4. T. matin, 38; soir, 40,4 (visite des parents).

Le 5. T. matin, 37,8; soir, 38,2.

Le 10. Douleurs de ventre, diarrhée.

Le 11. Les coliques ne se sont pas reproduites.

Le 19. L'affection abdominale est complètement guérie.

En pratiquant le toucher rectal, il faut pousser le doigt très haut

pour arriver à sentir une plaque dure, très nettement délimitée par un bourrelet à bord tranchant. Cet examen n'est d'ailleurs nullement douloureux.

Observation XXIII.

Indigestion. Phlegmon prévésical. Guérison par résolution.
(Vallin. Soc. méd. des hôp., 26 octobre 1877.)

X..., 25 ans, vigoureux, n'a jamais été malade ; est pris à la suite d'un repas copieux d'une indigestion avec symptômes d'embarras gastrique, persistant pendant quelques jours, un émétocathartique n'amène aucun soulagement (23 mai 1871).

28 mai. Le malade commence à ressentir à l'hypogastre une douleur vive rendant la marche insupportable ; fièvre de 39,6, nausées, vomissements. Le malade éprouve une sensation de pesanteur et de plénitude dans la région rectale et une certaine difficulté à aller à la selle. Besoins fréquents d'uriner ; miction difficile et douloureuse ; urine claire et limpide.

3 juin. Fièvre intense ; la douleur abdominale plus intense s'accompagne d'anxiété, de nausées et de vomissements bilieux. Incontinence des matières fécales ; ténesme vésical persistant ; le besoin n'est jamais satisfait et le malade a la sensation qu'il ne peut jamais vider sa vessie. Le cathétérisme n'amène qu'une quantité insignifiante d'urine, et pourtant M. Guyon trouve au-dessus du pubis une tuméfaction simulant une vessie distendue. Ce signe permet d'établir le diagnostic.

Le lendemain, l'immobilité, le relâchement des muscles abdominaux, l'application de la glace ont fait diminuer la fièvre, les vomissements et les douleurs abdominales. Les forces et l'expression normale de la physionomie sont conservées ; rien ne rappelle le masque grippé de la péritonite.

La palpation superficielle de la région hypogastrique est assez bien supportée, mais une pression un peu forte révèle une douleur sourde, mal limitée, s'accompagnant d'angoisses et de nausées. Dans une étendue de 7 à 8 centimètres au-dessus du pubis, la paroi abdominale dessine une légère tuméfaction, dépassant la ligne blanche à droite de 3 ou 4 centimètres, mais se prolongeant à gau-

che à 10 centimètres au delà de cette ligne. La main perçoit dans toute la région hypogastrique, mais surtout à gauche, une tumeur ovoïde mal limitée, un empâtement diffus qui semble faire corps avec la paroi. La peau en ce point a sa coloration normale ; il n'y a ni fluctuation profonde, ni œdème superficiel ; immédiatement au-dessus du pubis, la matité est complète ; à mesure qu'on s'élève, la percussion profonde fait reparaître la sonorité. Le ténesme vésical a diminué, le malade urine librement; la diarrhée persiste et les matières s'échappent involontairement malgré l'intégrité absolue des fonctions intellectuelles. Le toucher rectal rendu très facile par le relâchement du sphincter, permet de constater le volume normal de la prostate ; en arrière de celle-ci, on sent une tuméfaction très tendue, lisse arrondie, correspondant à la face inférieure et latérale de la vessie, se déplaçant très difficilement, mais transmettant à l'autre main, appliquée sur l'hypogastre, les ébranlements qu'on lui imprime. Cette tumeur remplit le fond du petit bassin, et la pression avec le doigt ne réveille qu'une douleur sourde dans le bas-ventre.

Il n'y a jamais eu uréthrite, ni orchite, ni sensibilité du cordon la fosse iliaque droite est souple, non-douloureuse ; les téguments de l'abdomen ne présentent aucune trace de traumatisme.

Le 6. Le malade est soulagé à la suite de l'application de dix-sept sangsues à l'hypogastre. Plus de douleurs, ni de vomissements ; fièvre faible le soir ; miction normale ; diarrhée et incontinence fécale jusqu'au 9.

Le 8. Diminution de la tension hypogastrique. On limite cependant très bien une sorte de gâteau phlegmoneux peu éloigné de la paroi et auquel le doigt, introduit dans le rectum, transmet les mouvements imprimés à la tumeur pelvienne; cette dernière ne paraît pas avoir diminué de volume ; vésicatoire.

L'amélioration continue ; le 11, la tumeur hypogastrique ne dépasse le bord supérieur du pubis que de 5 centimètres ; chaque jour fait constater une réduction progressive du volume de la tumeur prévésicale ; elle est actuellement limitée du côté gauche de la vessie, plus facilement mobile; pas de pus dans les selles ni les urines. Guérison complète le 2 juillet.

Observation XXIV.

Troubles digestifs. Phlegmon prévésical. Guérison.
(Guyon. In thèse Gérardin. Paris, 1879.)

D..., névropathe depuis longtemps dyspeptique, gastralgique, sujet à des attaques de coliques violentes parfois atroces, siégeant dans l'hypochondre droit, mais non suivies d'ictère ni d'émission de sable, simulant par conséquent la colique hépatique ou néphrétique et revenant tous les deux ou six mois. Très amélioré par l'hydrothérapie.

En septembre 1878, attaque de coliques horribles qui débutèrent par la région habituelle et qui après huit ou dix jours s'irradièrent vers le bas-ventre. Vers le 10 janvier, M. le Dr Simon constata au niveau de la vessie une tuméfaction arrondie qui fit supposer une distension de la vessie par l'urine. Le cathétérisme ne donne qu'une quantité insignifiante d'urine, et la tumeur persistant, M. Simon pratiqua le toucher rectal et trouva une saillie globuleuse analogue à celle qu'on sentait au-dessus de la symyhyse pubienne.

Fièvre modérée, exacerbante le soir comme la douleur.

Deux jours après la constatation de la tumeur, le malade est pris de diarrhée et expulse une certaine quantité de mucus et de pus, évaluée par M. le Dr Simon à deux cuillerées à bouche. Pendan les trois ou quatre jours qui ont précédé l'ouverture de l'abcès, le malade éprouvait du ténesme, était constipé et rendait avec les lavements un mucus glaireux et épais.

Après cette ouverture, guérison rapide ; disparition complète de la tuméfaction sus-pubienne et rectale.

Observation XXV.

Abcès de la cavité de Retzius consécutif à la pénétration d'une balle dans le bassin, pris au début pour un ostéo-sarcome du bassin Guérison.

(In thèse Gérardin.)

V..., 26 ans, portait dans l'abdomen, en juillet 1877, une tumeu. volumineuse qui, partant du petit bassin, remontait à environ quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse. Elle était à cheval sur la ligne blanche, empiétant à trois travers de doigt à gauche et à quatre environ à droite ; elle était extrêmement dure, lisse, et nulle part on ne pouvait y percevoir la moindre fluctuation. Par le toucher rectal on sentait une masse, un bloc occupant tout le petit bassin et dont la dureté était telle qu'elle fut comparée comme sensation au fibrome de l'utérus.

La tumeur avait débuté depuis trois mois et le malade l'attribuait à une chute qu'il avait faite alors. C'étaient d'abord une pesanteur dans le bassin, et des mictions plus fréquentes qui avaient attiré son attention. Ces mictions s'expliquent facilement quand on songe à la situation de la tumeur : elle avait pris naissance en arrière de la vessie, en se développant l'avait comprimée, en sorte qu'on avait pu croire un instant à la présence d'un calcur dans la vessie. Quand on explorait cette dernière on la trouvait parfaitement libre, mais fort rétrécie et aplatie derrière symyhyse du pubis. La cuisse droite était fléchie sur le bassin avec laquelle elle formait un angle de 150° environ, les mouvements en étaient douloureux, et l'extension complète, impossible.

Comme antécédents, pas de syphilis, à peine une légère blennorrhagie : père et mère bien portants. Pendant la campagne de 1870-71, le malade avait reçu une balle qui avait pénétré dans la fesse droite et s'y était perdue ; l'orifice d'entrée correspondait exactement à la grande échancrure sciatique. Pas d'orifice de sortie : on ne savait ce qu'était devenu le projectile : il aurait été senti par un médecin qui du reste n'était pas intervenu ; la guérison s'était effectuée en quelques semaines. L'état général était assez

bon : le malade avait le soir quelques légers accès de fièvre, et à ce qu'il racontait, il avait beaucoup souffert.

Le diagnostic hésitait entre un néoplasme développé dans le petit bassin, et un phlegmon sous-péritonéal occasionné par la présence du corps étranger, sous l'influence d'une cause occasionnelle inconnue.

Le diagnostic de néoplasme s'appuyait sur la dureté extrême de la tumeur, sur son developpement lent, l'absence de fluctuation et l'absence presque totale de fièvre ; mais il avait contre lui l'état général du malade, l'absence complète de ganglions, l'âge, les antécédents.

Aussi, malgré le long temps écoulé depuis l'accident primitif, le diagnostic de phlegmon profond de la cavité de Retzius produit par la présence d'un corps étranger fut-il d'abord porté.

Mais M. le professeur Paulet s'arrêta à l'idée d'un néoplasme et probablement d'un ostéo-sarcome du bassin ; ce diagnostic fut confirmé par M. le professeur Verneuil, et l'on annonça à la famille que le malade était perdu. Il quitta Paris.

Deux mois après, vers la fin d'août, une lettre annonçait que la umeur avait beaucoup augmenté et que le malade souffrait beau coup. Pensant que la tumeur avait évolué et que le malade approchait de sa fin, on prescrivit un traitement insignifiant : cataplasmes et pilules d'extrait de ciguë.

Au mois d'octobre le malade, dont on n'avait plus entendu parler et qu'on croyait mort, revient consulter avec toutes les apparences de la santé. Il raconte qu'après l'application de cataplasmes de ciguë, la tumeur s'était fortement acuminée, et que le médecin de la localité, après avoir appliqué de la potasse caustique, avait ouvert une cavité d'où s'était écoulé une quantité considérable de pus, 3 litres environ. L'appétit, l'embonpoint étaient revenus, mais il restait une fistule avec écoulement de sanie purulente pour laquelle le malade revenait consulter à Paris.

A l'examen, on trouvait une tumeur dure occupant tout le flanc gauche et une partie du flanc droit. Elle était formée par la poche épaissie et indurée de l'abcès ; au milieu, à 0,08 cent. de la symphyse et 2 cent. à gauche, en dedans de la ligne blanche se trouvait l'ouverture fistuleuse. Un stylet introduit par cette ouver-

ture pénétrait dans différentes directions ; à gauche et en haut ; à droite et en bas ; directement en bas sur la symphyse du pubis.

Dans les deux premières directions, un stylet de trousse grand modèle disparaissait presque entièrement : en bas il plongeait de 10 cent. environ. On pénétrait ainsi dans une cavité à parois rugueuses, comme parcheminées, traversée par des brides fibreuses sur lesquelles le stylet avait des ressauts. Nulle part trace de corps étrangers : on avait négligé de le rechercher les premiers jours de l'ouverture.

Le lendemain, sur le conseil de M. le professeur Perrin, on intervient et on dilate ces trajets fistuleux avec le dilatateur uréthral ; en quelques séances, on les amène à 2 et 3 cent. de diamètre ; mais malgré l'exploration la plus minutieuse on ne peut rien sentir. Pour favoriser la suppuration et la fonte de ces parois épaisses, on draine la cavité de deux gros drains, à l'aide du trocart courbe de Chassaignac. Entrés tout deux par l'orifice fistuleux, l'un est conduit à gauche et en dehors et vient sortir en dehors du trajet de l'épigastrique sur une perpendiculaire abaissée de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, et à 3 cent. de cette épine ; l'autre porté à droite sort en dedans de la ligne de l'épigastrique et près d'elle, sur la même ligne que l'orifice d'entrée et à 4 centimètres en dehors de la ligne médiane.

Bains émollients pour nettoyer le drain. Un an après le malade était guéri, son ventre avait repris toute sa souplesse, et aucun écoulement ne se faisait plus : ablation des drains et cicatrisation complète en janvier 1879.

Observation XXVI.

Phlegmon prévésical.

(Due à M. le Dr Pauzat, aide-major au Val-de-Grâce).

T..., Victor, 22 ans, incorporé le 22 novembre 1878 au 8e dragons.

Ce jeune homme, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, sanguin, ne présente aucun antécédent morbide : en

particulier jamais d'affections des voies digestives ni des organes génito-urinaires.

Avant d'entrer au service il était garçon de ferme et montait à cheval plusieurs fois par jour. Vers la fin de la semaine qui a suivi son incorporation, T... a éprouvé pour la première fois et sans cause connue des douleurs sourdes dans le bas-ventre ; ces douleurs étaient intermittentes et s'exagéraient par l'exercice du cheval et du gymnase ; elles s'accompagnaient d'une sensation de poids, de barre, dans l'hypogastre.

Au commencement de décembre, à la suite d'une crise douloureuse provoquée par les fatigues du gymnase, T... a eu l'idée de tâter son bas-ventre et l'a trouvé gros et dur.

Le lendemain il se plaignit au médecin qui l'a envoyé au Val-de-Grâce, service de M. le professeur Gaujot, le 12 décembre 1879.

A son entrée, le 13 décembre, on constate que son bas-ventre fait une légère saillie au-dessus du pubis ; pas de rougeur ni de dilatation veineuse. La peau est intacte et mobile ; on constate une tumeur qui partant de la symphyse du pubis s'élève à 7 cent. au-dessus d'elle au à 8 cent. au-dessous de l'ombilic : cette tumeur est médiane et située en arrière des muscles droits avec lesquels elle semble faire corps. On sent les muscles se contracter sous le doigt en refoulant la tumeur en arrière : elle est mate, uniformément dure et présente des bosselures à sa surface, très petites dans la moitié droite, plus nettement marquées dans la moitié gauche. De forme quadrilatère, elle mesure en haut ou près de sa base 11 cent. de largeur, dont 6 à gauche de la ligne médiane ; un doigt au-dessus du pubis, le diamètre tranversal est de 10 cent. et la ligne blanche le divise en deux parties égales : on voit que ces dimensions correspondent à peu près à la largeur même des deux muscles droits. Les bords de cette tumeur sont nets, mais il est difficile d'apprécier son épaisseur qui est assez considérable ; toutefois en déprimant fortement les parois abdomiuales on croit arriver jusqu'au bord postérieur des faces supérieures et latérales ; l'épaisseur paraît être de 5 à 6 cent. Quant à la face inférieure, elle n'est accessible que dans les portions qui dépassent de chaque côté la symphyse du pubis ; ces portions longent les cordes de

parfaitement distinctes et assez éloignées pour qu'on puisse s'assurer qu'elles ne se prolongent pas dans le petit bassin. Quant à la partie médiane de cette face inférieure, elle se confond en même temps que les tendons des muscles droits avec la symphyse et l'on ne peut dire si elle descend en arrière ; on peut imprimer à la partie supérieure de la tumeur de légers mouvements de latéralité ; l'extrémité inférieure est immobile.

Par le cathétérisme, le bec de la sonde rencontre, au niveau de la paroi supérieure de la vessie, une dureté et une résistance anormales. D'ailleurs, il n'y a aucune altération du canal ni de la vessie. L'urine est normale, les émissions se font sans douleur et eur fréquence est à peu près la même qu'autrefois, ainsi le malade n'est pas obligé de se lever la nuit.

Par le toucher rectal, on constate que la prostate est saine ; au-dessus d'elle le doigt éprouve une sensation analogue à celle qu'a donnée la sonde introduite dans la vessie. Pas de troubles digestif , ni coliques, ni diarrhée, ni constipation. Les ganglions inguinaux et iliaques ne sont pas engorgés. Les troubles fonctionnels se réduisent donc à des douleurs dans le bas-ventre, douleurs sourdes, gravatives, intermittentes, n'empêchant pas le sommeil.

L'état général est aussi bon que d'habitude : aucune fièvre ; appetit excellent.

Il était difficile à ce moment de déterminer la nature de la tumeur. L'âge du malade, la conservation de la santé, l'absence de ganglions et de douleurs vives permettaient de rejeter l'idée d'un néoplasme malin; mais tous ces caractères joints à la consistance dure, au développement insidieux et sans cause apparente, à l'intégrité des organes voisins, pouvaient faire admettre une tumeur de bonne nature, un fibrome surtout. Mais cet ensemble de symptômes peut appartenir aussi au phlegmon prévésical et comme le siège et la forme de la tumeur étaient favorables à cette opinion, M. le professeur Gaujot l'adopta, il prescrivit en conséquence l'application permanente de cataplasmes.

Pendant quinze jours il n'y eut pas de modifications sensibles. Au commencement de janvier, le centre de la tumeur se ramollit un peu.

10 janvier. On percevait en ce point une sensation profonde de fluctuation.

Le 18. Une fièvre légère se déclara.

Le 19. La température fut de 38° le matin, pouls 80. Bas-ventre plus tendu, douleurs locales plus vives, continues, avec élancements, peau rosée et chaude au niveau des points préalablement ramollis, à peu près à égale distance de l'ombilic et du pubis; la tumeur a augmenté de volume; 10 cent. de hauteur sur 13 de largeur, empâtement inflammatoire périphérique, urine un peu rouge à cause de la fièvre, mais pas de signes de cystite; deux selles diarrhéiques sans coliques pendant la nuit.

20 et 21. Même état.

Le 22. Température à 39° le matin et 39,2 le soir. Pouls 84; trois selles diarrhéiques dans les vingt-quatre heures avec coliques légères, douleurs lancinantes intenses au niveau de la tumeur : la rougeur de la peau affecte la forme d'une plaque ovalaire dont le grand diamètre transversal mesure 5 à 6 cent. La sensation de fluctuation est plus nette qu'auparavant, mais elle est encore profonde et peu distincte.

La partie inférieure de la tumeur s'est étendue du côté gauche seulement d'environ un travers de doigt. Les six jours suivants, la température a oscillé entre 38° le matin et 39° le soir; pouls de 80 à 90, pas de frissons.

Langue saburrale, céphalalgie légère.

La fluctuation est devenue peu à peu superficielle. Persistance de la diarrhée, quatre selles à peu près dans les vingt-quatre heures, coliques vives bien distinguées par le malade des douleurs lancinantes de la suppuration.

Pas de cystite a proprement parler; les émissions sont devenues plus fréquentes, 6 à 8 dans la journée, mais nullement douloureuses; le malade a dû se lever pendant les trois dernières nuits; l'urine est rouge, mais pas de mucus en quantité notable, pas de pus.

Le 29. Température 38,2 le matin, pouls 90.

La tumeur est à 3 cent. de l'ombilic; sa largeur est de 18 cent. dont 10,5 pour le côté gauche, les bords en sont diffus. La fluctuation centrale est évidente.

M. Gaujot pratique sur la ligne médiane une incision de 4 cent. qui commence à 7 cent. au-dessous de l'ombilic. Il s'écoule environ un verre de pus noirâtre, sanguinolent, peu fétide.

Par l'introduction du doigt, on constate une cavité centrale et

sur les parties latérales des brides et des cloisons incomplètes unissant les parois antérieure et postérieure, mais on ne prolonge pas cette exploration dangereuse; on continue l'application de cataplasmes.

Le 30. Le pus n'a pas cessé de couler abondamment, il est toujours noirâtre, les globules sanguins déformés sont constatés au microscope. Quelques caillots de sang frais se présentent entre les lèvres de la plaie; ils doivent êtres attribués à la rupture des cloisons cellulaires par l'exploration pratiquée la veille. La tumeur est réduite de 1 cent. en hauteur et de 3 cent. en largeur. La douleur locale est très légère.

L'état général est meilleur, température du matin 37,6 pouls 80.

Langue à peine saburrale ; il n'y a plus de diarrhée, ni de coliques; une selle moulée dans les vingt-quatre heures.

Le 31. Ecoulement toujours abondant de pus sanguinolent; quelques caillots frais, pas de diarrhée.

Etat général bon, température matin 37°, soir 37,2.

1er février. Le liquide est plus séreux, encore abondant et noirâtre. La tumeur a 10 cent. de hauteur sur 14 de largeur.

La fièvre a cessé pour ne plus reparaître; de même les troubles intestinaux, mais il y a un peu de ténesme vésical et l'urine contient du pus qui forme un dépôt assez abondant reconnu d'ailleurs par l'examen microscopique.

Le 2. L'écoulement n'est plus noirâtre, il est séro-purulent et sans odeur. Cystite purulente au même degré.

Le 5. Le pus est de plus en plus séreux, encore abondant. La tuméfaction a 9 cent. de hauteur et 11 de largeur, la diminution est aussi considérable dans le sens de l'épaisseur. L'urine contient moins de pus, les émissions sont un peu moins fréquentes, à peine douloureuses.

Le 8. La cystite est terminée, l'urine est limpide, il n'y a plus de ténesme. Ecoulement séro-purulent peu abondant. Les lèvres de la plaie sont tapissées de bourgeons charnus.

Le 12. Léger écoulement séreux ; plaie à demi fermée.

La tuméfaction a 8 cent. de hauteur et 10 de largeur, mais il n'y a presque plus d'épaisseur.

Le 18. La plaie est complètement cicatrisée. Il reste à ce moment une plaque d'induration de 4 à 5 cent. de hauteur sur 7 à 8 de

largeur : cette plaque fait absolument eorps avee les muscles droits et se retrécit en bas pour s'insérer avee eux sur la symphyse pubienne.

Il est facile de se eonvainere en déprimant les parois abdominales et en déplaçant les museles droits en divers sens que la tuméfaction ne se prolonge pas dans le petit bassin ; elle est comparable à une mince semelle doublant les deux muscles droits. Le cathétérisme de la vessie et le toucher rectal, pratiqués de nouveau, ne fournissent aucune constation anormale.

A la sortie du malade le 15 mars l'induration avait à peu près complètement disparu.

Observation XXVII.

Contusion de l'abdomen. Phlegmon consécutif. Opération par l'écraseur linéaire. Ouverture de la vessie adhérente à la paroi supérieure du foyer purulent. Fistule hypogastrique. Guérison. (Recueillie dans le service du professeur Verneuil à la Pitié.) (Ch. Frasey, th. 1877, n° 255. Etude sur les fistules vésico-cutanées hypogastriques, obs. XI, p. 33.)

Voici en quelques mots l'histoire de ce malade.

C'est un jeune homme de 20 ans, employé de commerce, ayant par conséquent une vie peu active, une profession peu fatigante, et n'accusant aucun antécédent morbide. Il est assez vigoureux et d'une bonne constitution ; pas d'antécédents héréditaires à signaler.

A l'âge de 17 ans, il reçut dans la région hypogastrique un violent coup de timon d'une voiture, et à la suite de cette contusion, il éprouva du malaise, quelques coliques assez intenses, douleurs qui s'irradiaient dans les fosses iliaques, dans la journée survint de la diarrhée sans vomissements.

Le lendemain, il ressent une douleur plus vive et plus localisée au bas-ventre, cette douleur s'accompagne d'un malaise général, sans frissons, ni réaction bien marquée, et le malade entre à l'hôpital Lariboisière où il reste pendant deux mois. L'application sur le point le plus douloureux de quelques vésicatoires amena une amélioration sensible.

Le 4 janvier 1875, sans cause appréciable, il éprouva de nouveau un malaise général, accompagné de douleurs abdominales, de fièvre modérée et de vomissements alimentaires. Il perd complètement l'appétit et prend pendant quelque temps des lavements au vin de Bordeaux.

Il s'aperçoit, vers cette époque, qu'il était porteur dans la région hypogastrique d'une tumeur, dont il ne peut préciser aujourd'hui ni la grosseur, ni les limites. Il consulte au mois de mai un médecin qui reconnut la présence d'un phlegmon dans la paroi abdominale antérieure. Ce phlegmon fut ouvert en plusieurs endroits, et il s'en écoula une grande quantité de pus. Cette opération amena quelques soulagements ; les douleurs diminuèrent, la suppuration s'établit. Mais l'état général du malade, loin de s'améliorer, va en s'aggravant, le malade maigrit rapidement et se décide à entrer à l'hôpital de la Pitié, le 21 octobre 1875.

A son entrée, l'état général du malade est loin d'être satisfaisant ; la fièvre a persisté ; des sueurs sont survenues, quelques selles diarrhéiques ont eu lieu ; le malade a profondément maigri ; en un mot, on constate tous les signes qui surviennent après une suppuration prolongée.

Il présente à la région abdominale inférieure plusieurs trajets fistuleux très profonds, dont l'un, situé au niveau de la symphyse pubienne, a pu faire songer un instant à une ostéo-périostite de cet os. Mais à l'examen, pratiqué à l'aide d'un stylet, cet os parut sain. Les autres orifices fistuleux étaient situés, l'un au-dessous de la région ombilicale, à très peu de chose près sur la ligne médiane, les deux autres de chaque côté de la ligne blanche, de sorte que les quatre trajets fistuleux limitaient un espace à peu près quadrangulaire.

On fit pendant quelque temps de vastes injections dans ces fistules, mais comme ce traitement n'amena aucune modification dans l'écoulement purulent, et que le malade devenait de jour en jour plus faible, M. le professeur Verneuil se résolut à agir énergiquement et à débrider largement ces trajets fistuleux (10 décembre).

Pour cela, il se servit de l'écraseur linéaire : l'une des chaînes fut passée de l'orifice pubien à l'orifice ombilical, et l'autre transversalement par les deux autres orifices fistuleux. M. Verneuil éprouva une certaine résistance à sectionner les tissus ; l'opéra-

tion se fit sans perte de sang, mais il s'échappa tout à coup un flot de liquide très abondant ; c'était de l'urine.

La vessie qui, par suite de l'inflammation locale occasionnée par le phlegmon, avait contracté des adhérences assez nombreuses avec les parois supérieures du foyer purulent, venait d'être ouverte ; elle était pyriforme.

Une suture de Gély réunit immédiatement les lèvres de la plaie. Une sonde fut placée dans l'urèthre pour éviter l'infiltration urineuse dans le tissu cellulaire ambiant, et l'on n'eut à déplorer aucun accident. Un drain fut passé dans la plaie, et l'on fit de nombreuses injections désinfectantes.

Dans les jours qui suivirent l'opération, le malade n'eut presque pas de fièvre, la température ne s'éleva pas au-dessus de 38°, et l'état général du malade s'améliora d'une façon bien notable.

L'induration, très-profonde, disparut peu à peu, l'énorme plaie, qui avait 15 centimètres de long dans son diamètre vertical, diminua sensiblement.

Mais la suture vésicale échoua, et l'urine passe en grande partie par la fistule hypogastrique, surtout lorsque la sonde est retirée du canal de l'urèthre.

Le 4 janvier 1870, il ne reste plus à la région hypogastrique qu'un petit pertuis filiforme, donnant issue à de l'urine, sans que le malade en ait conscience. On supprime la sonde, et l'urine passe par sa voie naturelle toutes les fois que le malade se force, selon ses propres expressions.

Le grand air, un séjour à Vincennes, des soins assidus, tout cela contribue à améliorer l'état général du malade.

La plaie est presque complètement cicatrisée ; elle est rosée d'un très bon aspect. Un petit pertuis de la largeur d'une tête d'épingle subsiste encore au milieu de la cicatrice, qui a la forme d'un V.

Le malade a très bon appétit, il se lève presque toute la journée en ayant soin d'appliquer sur sa fistule un tampon de charpie qui absorbe l'urine excrétée ; son état général est très satisfaisant.

Le 17 février, M. le professeur Verneuil cautérise le petit pertuis fistuleux avec le thermo-cautère, et le malade, quelque temps après, quitte le service, très content d'avoir été opéré.

B. — *Phlegmons symptomatiques ou propagés.*

Observation XXVIII.

Phlegmon suppuré du ligament large gauche, étendu au petit bassin et à toute la région prévésicale. Ponction avec la seringue aspiratrice. Large ouverture sus-pubienne et lavages chloralés dans la poche purulente. Drainage abdomino-vaginal. Guérison.
(Gillette. Bullet. et mém. Soc. chirurgie, t. IV, 1878, p. 171. Résumé.)

Marie G..., âgée de 25 ans, est venue de Lima à Paris en avril 1867. Réglée à 12 ans. Elle accoucha en novembre 1876 à la Maternité d'un enfant à terme : au bout de 9 jours, on l'envoya au Vésinet. Elle y resta 8 jours, en sortit plus souffrante qu'à son entrée.

Elle éprouve constamment des douleurs du côté des lombes, entre à Beaujon le 10 août 1877 dans le service de M. Moutard-Martin, suppléé alors par M. Gouguenheim, qui diagnostique un phlegmon latéro-utérin gauche développé probablement dans le ligament large.

Le palper abdominal et le toucher vaginal révèlent du côté gauche une tuméfaction indurée, douloureuse à la pression, formant avec l'utérus une masse unique.

Des douleurs spontanées, de légers frissons le soir, firent légitimement supposer que la suppuration était proche.

Au bout de quelques jours, on constata du pus dans les urines : le foyer s'était donc ouvert spontanément dans la cavité vésicale. Mais la malade, loin de se rétablir, accusait des douleurs plus lancinantes chaque jour dans la moitié inférieure médiane et gauche de l'addomen.

Le 25 septembre, mandé par le Dr Gouguenheim, je constatai une augmentation du ventre assez notable, surtout dans sa moitié inférieure, et à la palpation je trouvai une tumeur qui occupait l'excavation pelvienne, se prolongeait en avant de la vessie et était située à ce niveau directement en arrière des muscles grands droits de l'abdomen. En déprimant la paroi abdominale, il était facile de

reconnaître que cette masse indurée remontait environ jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La percussion donne de la sonorité au niveau de la fosse iliaque droite qui est seulement occupée par les intestins ; à gauche la sonorité existe aussi en haut, mais à mesure qu'on se rapproche de la partie inférieure de la fosse iliaque et de la région sus-pubienne, la matité devient de plus en plus prononcée et s'étend à toute la surface de l'empâtement que nous a révélé le palper.

Par le toucher vaginal, on sent que l'utérus est immobilisé et refoulé en bas : le cul-de-sac antérieur, effacé presque complètement, laisse à sa place une tumeur assez grosse, rénitente, se continuant avec celle qui se trouve en avant de la vessie et où le palper sus-pubien et le toucher vaginal combinés nous semblent révéler nettement la fluctuation.

En résumé ce phlegmon suppuré s'était étendu au petit bassin et contournant la vessie dans laquelle il n'avait pu se vider en entier, il était venu occuper tout l'espace de Retzius, affectant une disposition globuleuse ou plutôt irrégulièrement pyriforme à base inférieure ; les symptômes généraux étaient des plus graves : le pus continuait à être rendu par les urines en grande quantité.

Constatant de l'œdème et une fluctuation nette au-dessus de la symphyse pubienne, je fis à trois travers de doigt de cette symphyse une ponction avec le trocart aspirateur. Un pus crémeux s'écoula difficilement ; aussi le 2 octobre pratiquai-je une incision de 4 centimètres par où s'écoula un litre de pus bien lié, sans fédité, mêlé à quelques caillots sanguins.

Au moyen d'une grosse sonde, je fis des injections chloralées qui soulagèrent localement la malade, car l'état fébrile persista. Tous les jours on donne 0,30 de sulfate de quinine à la malade.

5 octobre. Nuit mauvaise, —41° de température ; pas de vomissement. Reconnaissant que le pus s'écoule mal, je résolus de faire une contre-ouverture au niveau du cul-de-sac vaginal, de pratiquer en un mot le drainage abdomino-vaginal.

8 octobre. J'introduisis donc par l'ouverture hypogastrique le gros trocart courbe de Chassaignac, que je dirigeai profondément et un peu à gauche, puis sentant, d'autre part, son extrémité sur le cul-de-sac, à l'aide de mon index droit placé au fond du conduit vaginal, je n'eus, après avoir retourné l'instrument, qu'à en

pousser avec précaution le manche pour faire ressortir la pointe dans le vagin : le trocart retiré et la canule restant en place, je fis cheminer aisément un drain dans son intérieur. Une fois la canule enlevée, l'anse du tube plongeait au milieu de la cavité purulente, et ses deux bouts sortaient l'un par l'ouverture abdominale, l'autre par la vulve : le pus s'écoula alors librement. On continua matin et soir les injections chloralées et, à partir de ce moment, une amélioration très sensible se produisit surtout dans les phénomènes généraux : l'abdomen devint moins ballonné, mais les douleurs du bas-ventre durèrent encore pendant longtemps, la présence du pus se retrouvant toujours dans les urines.

25 octobre. La malade ne se remet que bien lentement. A l'examen de la région hypogastrique, on trouve toujours de l'empâtement, mais la suppuration est très modérée, et la tumeur diminue et se rétracte d'une façon manifeste.

10 novembre. La suppuration à cessé ; le drain est enlevé. Le 15, réapparition des règles, le sang est abondant et très coloré. Etat général très satisfaisant. Il ne reste qu'un peu d'empâtement dans la région sus-pubienne.

10 décembre. Nouvelles règles, sans douleurs. La malade part pour le Vésinet le 19. On ne retrouve plus de trace de tumeurs. Les urines sont absolument normales.

Observation XXIX.

Phlegmon prévésical. (Hôpital Beaujon, service du professeur Le Fort) (1).

Cette malade, âgée de 42 ans, couturière, travaillant à la machine à coudre, paraît avoir joui d'une bonne santé jusqu'en 1879 ; régulièrement réglée, elle n'a jamais été enceinte. Elle dit avoir été toujours constipée et avoir eu des hémorrhoïdes.

En février 1879, après un excès de travail à la machine, elle éprouva dans la fosse iliaque droite une douleur très vive ; cette

(1) Observat. recueillie par M. Ramonat, interne du service.

dernière est survenue huit jours environ avant l'apparition des règles, qui avaient été très abondantes; la malade fut obligée de garder le lit et y resta environ trois mois, mais elle dit n'avoir eu ni fièvre, ni vomissements. Le médecin, qui la soignait, s'est contenté de lui prescrire le repos et des cataplasmes. A la fin du mois de mai, elle vint de Rouen à Paris, et entra dans le service de M. Gubler, suppléé par M. Landrieux. On lui appliqua un vésicatoire. M. Millard, qui prit le service le 1er juillet, continua les applications de vésicatoire. A cette époque les phénomènes étaient localisés dans la fosse iliaque droite, où l'on sentait une tumenr douloureuse à la pression et assez manifestement fluctuante, pour que M. Millard ait pratiqué une ponction, qui a donné issue à un litre de pus phlegmoneux et ayant l'odeur de choux pourris, suivant l'expression de ce médecin. Cette ponction a été faite le 31 juillet avec l'aspirateur Potain. Le 28 août on a pratiqué une nouvelle ponction et on a retiré à peu près la même quantité de liquide purulent, également d'une odeur infecte. Ces deux ponctions ont été faites au niveau de la fosse iliaque droite, à 3 ou 4 centimètres environ au-dessus de l'arcade crurale. De nouveaux vésicatoires ont été ensuite appliqués (la malade dit en avoir eu onze).

La tuméfaction et les accidents persistant, on pratique le 17 novembre une troisième ponction, qui cette fois ne donne issue qu'à un peu de sang. Cette dernière avait été faite sur la ligne médiane, à 3 ou 4 centimètres au-dessus du pubis.

Dans le courant du mois de mars 1880, les accidents se renouvelèrent à droite et un peu plus haut. On pratiqua le 15 une quatrième ponction et on retira 600 grammes environ de pus fétide. Quelque temps après, vers la fin mars, on fit enfin une dernière ponction, cette fois sans résultat.

Le 10 avril, M. Millard prie M. Le Fort de se charger de la malade dont l'état paraît exiger une intervention chirurgicale active. Elle entre salle Sainte-Clotilde, n° 8, et elle se trouve alors dans l'état suivant :

La palpation de l'abdomen permet de circonscrire une tuméfaction occupant la région sus-pubienne et se prolongeant dans la fosse iliaque droite où elle se termine insensiblement au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure; la fluctuation est évidente. La pression est peu douloureuse. La tumeur est mate à la percus-

sion et un peu rénitente. La peau ne présente pas de coloration particulière. Il existe à droite les cicatrices de cinq cautères appliqués successivement dans le service de M. Millard. La maade ressent des élancements dans sa tumeur et accuse des douleurs lombaires assez vives. Rien de particulier du côté des voies urinaires : la malade garde ses urines et les émet sans douleur. Le toucher vaginal permet de constater un empâtement dans le cul-de-sac vaginal antérieur, la fluctuation est perçue du vagin à la tumeur abdominale. L'utérus est un peu rejeté en arrière. Il présente en arrière et à droite des bosselures et des nodosités. La santé générale est bonne, sauf un peu d'amaigrissement. Les fonctions digestives s'accomplissent bien ; néanmoins la constipation persiste.

Le diagnostic auquel on s'arrête est : phlegmon prévésical, d'origine inconnue, empiétant dans la fosse iliaque droite.

Le 14 avril. M. Le Fort pratique sur la ligne médiane, à 3 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, une incision de 2 centimètres et demi environ, par laquelle s'échappe un flot de pus phlegmoneux et verdâtre. Afin de faire le drainage par le vagin, on procède de la façon suivante. La vessie étant préalablement vidée, un trocart courbe, non armé, est introduit en arrière de la symphyse pubienne. Il est alors possible de toucher par le vagin l'extrémité mousse du trocart, laquelle n'est séparée du doigt que par une épaisseur assez mince de tissu. Retirant la tige du trocart et faisant maintenir par un aide la canule, qui répondait au côté gauche de l'utérus, dans l'intention de laisser à droite l'utérus et la vessie, M. Le Fort introduit l'extrémité pointue de l'instrument et fait la ponction de la paroi antérieure du vagin environ à sa partie moyenne. (On put ultérieurement s'assurer que la ponction avait été faite sur la ligne médiane.) On fait passer à travers les deux ouvertures un drain en anse.

On fait enfin dans la vessie une injection avec de l'eau ordinaire, afin de s'assurer qu'elle n'est pas perforée : l'eau revient par la sonde introduite dans l'urèthre.

(L'observation détaillée manque jusqu'au 28 avril.)

Il est vrai qu'il ne se passa aucun incident remarquable. Le pus continua à couler par le drain, surtout du côté du vagin, et il n'y eut aucune réaction.

Le 28. L'écoulement par la plaie abdominale a cessé d'être purulent ; il s'écoule une espèce de liquide blanc jaunâtre, aqueux, contenant quelques flocons de pus. L'écoulement se produit surtout par la plaie vaginale du drain. Les linges sont imbibés d'une assez grande quantité de liquide ayant l'odeur urineuse. La malade a remarqué que depuis son opération elle ne garde plus ses urines ; elle a quelquefois des étreintes vésicales, mais sans qu'i y ait émission de liquide. On soupçonne une perforation de la vessie. On pratique une première expérience de la manière suivante. Une sonde étant introduite dans la vessie, on injecte de l'eau dans le foyer : il ne revient rien par la sonde. Le 11 mai, on fait une injection de lait dans la vessie ; le lait revient seulement par l'extrémité vaginale du drain, il n'en revient par la plaie abdominale que ce qui est contenu dans le drain, au moment où l'on déplace un peu le drain en le tirant du vagin dans l'abdomen.

La communication du foyer avec la vessie n'est plus douteuse.

On supprime la portion vaginale du drain et on n'en laisse qu'un bout dans la plaie abdominale.

Le lendemain, la malade avait pu garder ses urines comme avant sa ponction ; il s'était écoulé très peu de liquide par la plaie et en particulier très peu par l'ouverture vaginale. Le drain était complètement sorti. On ne le replace pas. M. Le Fort croit à une plaie siégeant au niveau du col vésical, car il serait difficile d'expliquer autrement l'écoulement continu des urines.

Depuis le moment où l'on a retiré le drain, la malade n'a cessé de garder ses urines, il ne s'écoule plus rien par le vagin. La plaie abdominale s'est comblée rapidement et la malade a pu se lever à partir du 15 mai.

30 mai. La plaie abdominale est complètement cicatrisée. La miction se fait régulièrement. La malade reprend ses forces et elle est complètement guérie, lorsqu'elle part au Vésinet le 1er juin.

Observation xxx.

(Boyer. Traité des maladies chirurgicales, etc., 1824, 6, 7, p. 519).

Une femme âgée de 23 ans, d'un tempérament lymphatique, éprouva le douzième jour de son premier accouchement qui avait été long et laborieux, un sentiment de pesanteur dans le bassin, qui fut bientôt accompagné de fièvre, de tuméfaction à la région hypogastrique, s'étendant vers l'aine droite et d'un engorgement pâteux de la cuisse et de la jambe du même côté. Cette maladie ayant été négligée et en quelque sorte abandonnée à elle-même, il se forma à l'hypogastre un abcès énorme qui s'ouvrit immédiatement au-dessous de l'ombilic. L'état de la malade s'améliora insensiblement mais l'ouverture resta fistuleuse.

Pour entretenir cette fistule ouverte, et prévenir les accidents que causait la rétention de la matière purulente, on y introduisait une tente faite avec du linge enduit sur les deux faces d'onguent de la Mère, et chaque fois qu'on retirait cette tente il s'écoulait une grande quantité de pus... Une sonde introduite dans la fistule, me fit connaître que son fond correspondait immédiatement au-dessus de la symphyse des pubis et je jugeai dès lors que pour la guérir il convenait de faire une autre ouverture dans cet endroit... Deux mois après l'ouverture inférieure était encore fistuleuse...

Observation xxxi.

Pelvi-péritonite ancienne. Phlegmon prévésical. Ouverture spontanée par l'ombilic. Drainage. Guérison complète.
(Union médicale, 2 juin 1864.)

Rosalie A..., 23 ans, domestique, accouchée en mars 1862 ; pelvipéritonite en avril avec tumeur longtemps persistante dans la fosse iliaque gauche, disparue en septembre. Bonne santé ensuite.

En novembre 1863, la malade recommence à souffrir du ventre :

douleur sourde continue, lancinante, empêchant l'exploration : frissons tous les soirs.

14 décembre. On constate au niveau de l'hypogastre une tumeur ovoïde médiane, dure, douloureuse à la pression. Dans la fosse iliaque, traces de la pelvipéritonite ancienne. On croit à une recrudescence de cette ancienne inflammation péritonéale.

2 janvier. Fluctuation très superficielle à l'hypogastre ; la région est proéminente et tendue, occupée par une tumeur arrondie qui a la forme et le siège d'un utérus au cinquième mois. Au niveau de l'ombilic et adroite fluctuation. A gauche empâtement iliaque se confondant avec la tumeur. Au toucher, on trouve à droite le col utérin refoulé contre le sacrum, normal d'ailleurs. Entre lui et ce pubis on sent à travers la paroi antérieure du vagin une tumeur arrondie mollasse, en correspondance avec la saillie hypogastrique. Douleur, rougeur, empâtement phlegmoneux de la peau du ventre ; c'est une collection purulente intra-péritonéale qui tend à se faire jour au dehors.

Le 5, rupture spontanée d'une petite élevure formée à la partie supérieure de l'ombilic, avec issue de pus, soulagement, affaissement de la région hypogastrique.

L'exploration avec un stylet sonde de poitrine est faite par M. Gosselin. Introduit par l'ombilic, le stylet s'enfonce et vient soulever la paroi vaginale à droite. Ponction à cet endroit. Drainage du vagin à l'ombilic, écoulement abondant de pus, mêlé d'urine. La paroi vaginale est remontée.

Amélioration, injections d'eau tiède dans le tube à drainage.

On s'assure à l'aide d'une injection vésicale que la vessie a été intéressée et que l'urine passe par la ponction vaginale. Ablation du tube à drainage. Sonde à demeure dans l'urèthre. L'urine cesse de s'écouler par la ponction ; fermeture des deux orifices, ombilicale et vaginal.

Après une poussée fébrile, amenant la réouverture de la plaie ombilicale et un peu d'écoulement sero-purulent, la guérison s'établit successivement.

La tumeur abdominale semble s'être refugiée à gauche, toujours reliée à l'ombilic par un cordon induré sensible à la palpidation. La moitié droite de l'hypogastre est souple et sonore. Persistance

d'une tuméfaction dure un peu sensible dans la fosse iliaque gauche.

Convalescence complète : réapparition des règles en mars.

Observation XXXII.

Phlegmon prévésical. Cystite chronique.
(M. Pétrequin. Exam. méd., 1842. Pouliot. Th. doct., 1868, p. 29.)

Résumé. — Vieillard de 63 ans, atteint d'un rétrécissement de l'urèthre qu'on ne peut franchir. L'hypogastre est développé, la palpation y faisait sentir une tumeur dure ; la percussion y dénotait de la matité jusqu'à 8 c. environ de l'ombilic, dont la distance au pubis était ici d'environ 16 c. Néanmoins, la vessie ne se dessinait pas à travers les parois abdominales et ne formait pas au-dessus de la symphyse cette saillie et ce relief qui caractérisent les distensions morbides du réservoir urinaire.

Par le toucher rectal, prostate médiocrement tuméfiée ; en arrière, la vessie dure à son bas-fond paraissait peu sensible au doigt explorateur et ne formait pas cette saillie bombée, cette espèce de cystocèle rectale qui accompagne d'ordinaire les rétentions d'urine.

Mort rapide.

Autopsie. — La région hypogastrique fut disséquée avec précaution ; le péritoine descendait à 1 c. du pubis. Le tissu cellulaire pariétal était fortement engorgé et épaissi au point qu'au niveau du pubis il avait une épaisseur de près de 3 c. et, à 1 pouce et demi au-dessus du pubis, son épaisseur était encore de 22 millimètres. Toutes ces parties étaient évidemment enflammées.

Péritonite de la portion réfléchie du péritoine.

L'induration avec épaississement du tissu cellulaire formait une couche épaisse qui s'élevait jusqu'à près de 3 pouces au-dessus du pubis. Sur le cadavre on y trouvait de la matité.

Vessie petite, rétrécie, atteint de cystite chronique.

OBSERVATION XXXIII.

Péricystite purulente chez un vieillard atteint d'hypertrophie et d'abcès de la prostate.
(Gaz. des hôpitaux, 1864, p. 242.)

Malade de 66 ans. Incontinence d'urine et des matières fécales. Douleurs à l'hypogastre et dans la région lombaire : ces douleurs vont en s'augmentant jusqu'à la mort.

Autopsie. — Vessie du volume du poing ; le péritoine qui la recouvre est plissé ; le tissu cellulaire sous-péritonéal est épaissi, induré par places et renferme une dizaine de poches remplies de pus bien lié qui le séparent de la vessie près du col vésical à la partie antérieure. Cellule du volume d'une grosse noisette à la surface interne communiquant avec la cavité vésicale.

Prostate bilobée, du volume d'une noix, renfermant du pus.

OBSERVATION XXXIV.

(Civiale in Chassaignac. Traité pratique de la suppuration, etc., p. 459.
(Résumé.)

Homme de 40 ans. Rétrécissement de l'urèthre. Traitement mal supporté par les sondes à demeure.

Douleur à la région hypogastrique avec tuméfaction progressive. La tumeur acquiert le volume du poing. En même temps, l'état général s'améliore ; le malade ne porte plus de sonde ; il urine assez facilement.

Par le cathétérisme, on s'assure qu'après l'évacuation de la vessie la tumeur ne diminue pas, qu'elle ne proémine pas à l'intérieur de l'organe, mais que celui-ci présente une dureté insolite vers son sommet. En conséquence, incision de la tumeur à l'extérieur. Il en sort une énorme quantité de pus très liquide. Le ventre s'affaisse et le malade est très soulagé.

Le surlendemain, on introduit dans la cavité de l'abcès un stylet boutonné qui parvient jusqu'au sacrum et peut être promené sur

une large surface du sommet de la vessie. Ainsi, l'abcès occupait la plus grande partie du détroit supérieur du bassin.

Guérison après plusieurs semaines de suppuration.

Observation xxxv.

Hypésécrétion uréthrale ancienne. Excès génésiques.

Inflammation aiguë de la vésicule séminale droite, qui se propage le long du canal déférent, aux tissus circonvoisins, au péritoine et au cordon en masse.

Hernie inguinale consécutive. (Reliquet. Union médicale, 26 février, 5 mars 1878.)

(N'est intéressant pour notre sujet qu'au point de vue de la pathogénie des accidents.)

Observation xxxvi.

Hypertrophie de la prostate. Rétention d'urine. Ulcération et perforation de la vessie. Abcès sous-péritonéal extrèmement étendu avec décollement remontant jusqu'au diaphragme. (Duplay. Archives générales de médecine, mai, 1877, p. 604. Résumé).

Le malade, âgé de 65 ans, entre à l'hôpital le 15 mars 1877, pour cause de rétention d'urine. Malgré l'évacuation de la vessie par le cathétérisme, la région hygogastrique reste tendue et douloureuse.

17 mars. Le gonflement occupe toute la région sous-ombilicale et s'étend aux fosses iliaques. Douleur vive à la pression.

Etat général grave. Temp., 39°.

Le malade répète qu'il n'a reçu aucun coup sur l'abdomen, qu'il avait seulement bu plus que de coutume, sans être ivre néanmoins.

Les jours suivants, aggravation de l'état du malade. Dans les parties qui sont le siège du gonflement, au lieu de la matité primitive, on constate un bruit hydroaérique bien net.

Le malade s'affaiblit de plus en plus et la mort arrive le 24 mars. (Les détails de l'autopsie sont rapportés, page 35).

Observation XXXVII.

Prostatite tuberculeuse. Phlegmon prévésical avec propagation à la partie supérieure et interne de la cuisse. Guérison. (Castaneda y campos. Th. Paris, 1879, p. 35).

A. S..., soigné déjà précédemment dans le service de M. Guyon pour une prostatite tuberculeuse, y rentre le 30 juillet 1875.

Il présente en ce moment une tumeur dure occupant la région vésicale, mais non causée par la rétention d'urine. La palpation de la région hypogastrique fait aisément reconnaître cette tuméfaction considérable qui occupe toute l'étendue de la région. La tumeur, quoique très nettement dessinée, n'offre ni la tension, ni la forme globuleuse, la forme vésicale, en un mot, présentée par les autres malades. Le toucher rectal fait reconnaître une prostate volumineuse et une masse dure du côté du sacrum et à gauche. Le cathétérisme pratiqué avec la sonde à béquille ne dénonce aucune saillie dans la vessie. L'urine est purulente.

Le 31, l'abcès situé près de l'ombilic s'est ouvert à cette région ; le malade continue à uriner du pus.

Jusqu'au 18 août, l'exploration abdominale révèle la diminution progressive de l'induration prévésicale ; ce jour (18), au toucher rectal on reconnaît que la tumeur a diminué d'environ trois quarts.

Le 28, frissons dans la nuit ; apparition d'un point phlegmoneux à la partie supérieure et interne de la cuisse ; cette collection est incisée le 30 ; le pus était profond, très abondant ; le foyer semble communiquer avec le foyer intra-pelvien.

A partir de ce moment, la suppuration très abondante d'abord diminue progressivement. Le malade est bien. Le 3 octobre, on sent toujours un cordon dur entre le pubis et l'ombilic.

Observation XXXVIII.

Historia *calculi* per hypogastrum e vesicà prorepti, phlegmones opere, curante T. Caumond. D. M. M. — Journal général de médecine (autrement : Recueil périodique de la Société de médecine de Paris. Année 1806, t. XXVII, p. 353.

Calcul vésical (homme de 20 ans). Dysurie. — Cystite intense, à la suite d'explorations.

A la suite de travaux violents, tumeur hypogastrique (rubicundus durusque hypogastri in regione tumor ortus adversam adspectante vesicam, *circumscriptam* atque *celsam* formam induit).

Traitement antiphlogistique n'empêchant pas la suppuration; au septième jour ouverture spontanée à l'extérieur; trois jours après seulement on aperçut le calcul engagé dans la plaie, son extraction est suivie d'un écoulement d'urine. — Sonde à demeure. Guérison sans fistule.

Observation XXXIX.

Perforation de la vessie par un calcul. Abcès prévésical. (Prescott Hewett.)

R. B..., âgé de 18 ans, signes anciens de calcul.

29 février. Douleurs dans les régions lombaire et inguinale.

2 mars. On constate de la plénitude au-dessus du pubis. Etat général et local de plus en plus mauvais. Augmentation de la tuméfaction sus-pubienne. Sueurs profuses, frissons, langue sèche, saburrale. Mort le 5 mars.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve en avant et au-dessus de la vessie un volumineux abcès, situé en partie dans la cavité abdominale où il est limité par des adhérences, en partie dans la paroi vesicale.

Un trou de la largeur d'un florin, à peu près circulaire se trouve sur sa paroi postérieure ; à travers cette perforation, on aperçoit le calcul.

La cavité de l'abcès communique par une petite ouverture avec la cavité péritonéale.

Trois calculs volumineux dans la vessie. Parois musculaires épaissies.

La paroi antérieure présente un trou qui fait communiquer la cavité de la vessie avec l'abcès situé en avant d'elle. L'abcès était irrégulier, et un peu plus gros qu'une orange. La vessie communique encore avec l'abcès par une autre perforation. Une troisième perforation située en arrière fait communiquer la vessie avec le péritoine. — Dans la cavité de ce dernier, quantité assez considérable de pus délayé.

Observation XL.

Suppuration de la symphyse pubienne. (A. Gordon, Norfolk District medical Society. In Boston medical and surgical Journal.)

Une malade âgée de 24 ans, présente à sa quatrième grossesse des phénomènes de relâchement de la symphyse du pubis. — Douleurs dans le bassin et les cuisses débutant le cinquième jour après l'accouchement et croissant en intensité pendant plusieurs jours. Légers frissons le neuvième jour et élévation de la température. Le quinzième jour température 10,3 F.; prostration, nausées, vomissements, langue sale, sèche. — Douleurs très vives au moindre mouvement. Décubitus dorsal, les pieds largement étendus. — La pression au niveau du pubis détermine une douleur très vive. On est forcé de la sonder pendant quelques jours. Le dix-huitième jour, frisson intense; la température monte à 105 1/2, le pouls à 120. Le lendemain, chute de la fièvre. Onze jours plus tard, le Dr Gordon évacue à l'aide de l'aspirateur 10 onces de pus du mont de Vénus. La tumeur fluctuante avant la ponction évacuatrice présentait la grosseur d'une demi-noix de coco. — Une tumeur fluctuante refoulait l'utérus en arrière et occupait la partie antérieure de la cavité pelvienne, déplaçait l'urèthre et s'étendait jusque dans la lèvre gauche.

Trois jours après, on retira à peu près la même quantité de pus de la lèvre gauche.

Deux ou trois jours plus tard, apparition d'un abcès à la partie interne de la cuisse gauche. — Incision au bistouri, issue d'une demi-pinte de pus. — Disparition des phénomènes locaux et généraux.

La malade se lève au bout de trois semaines. — Guérison complète.

Observation XLI.

Nécrose du pubis. Abcès rétro-pubien. Ulcération du péritoine.
(Bullet. Soc. anat., t. XIV, p. 10, mars 1839.)

Observation XLII.

Fracture double verticale du bassin. Ecartement de 4 cent. des surfaces articulaires du pubis.
(Bullet. Soc. anat., 2e série, t. X, p. 263, avril 1865.)

Mort par infection purulente.

Au devant de la vessie existe un abcès volumineux communiquant avec le foyer de la fracture.

Observation XLIII.

Phlébite de la veine ombilicale. Infection purulente. Collection purulente dans la cavité de Retzius. Abcès au niveau d'une articulation métacarpo-phalangienne. Due à M. le Dr Budin. (Résumée.)

Chez un enfant qui mourut treize jours après sa naissance et présenta des phénomènes convulsifs et une athrepsie rapide, on trouva les lésions suivantes à l'autopsie.

La paroi abdominale ayant été incisée, on trouva une notable quantité de pus, une cuillerée à dessert environ, contenue dans un espace situé entre la face antérieure de la vessie d'une part, la paroi abdominale et la face postérieure de la symphyse pubienne d'autre part. Cette dernière était absolument intacte. Une sonde en gomme introduite dans l'urèthre permit de se rendre exactement

compte de la situation de la vessie qui n'était le siège d'aucune altération ainsi que le démontra son ouverture faite plus tard. Quant au péritoine il était au-dessus de l'espace qui contenait du pus et le limitait en haut; il passait de la face postérieure de la paroi abdominale sur le fond de la vessie. Il n'y avait pas de trace d'inflammation de la muqueuse. Le pus était donc nettement limité dans la cavité de Retzius.

Tous les organes abdominaux furent trouvés absolument sains; il n'y avait de pus ni dans le foie, ni dans les poumons, ni dans le thymus.

On vit seulement deux petites ecchymoses sur la face externe du cœur.

En ouvrant la veine ombilicale, on trouva du pus crémeux dans son intérieur depuis la paroi abdominale jusqu'au niveau de l'arrivée de ce vaisseau au foie.

CHAPITRE II.

LES TUMEURS AIGUES DE LA RÉGION PRÉVÉSICALE D'ORIGINE TRAUMATIQUE.

A la suite d'une violence extérieure il peut se faire rapidement, à la région hypogastrique, dans le tissu cellulaire profond, des collections plus ou moins volumineuses formées le plus souvent par de l'urine, quelquefois par du sang, et, dans d'autres cas, par le mélange de ces deux liquides.

En effet, ces collections abondantes ne se forment guère que lorsqu'il y a une solution de continuité qui met, soit la cavité de la vessie, soit le canal de l'urèthre en communication avec le tissu cellulaire voisin.

Elles peuvent donc se produire dans les différents traumatismes qui intéressent les voies urinaires, dans la portion de leur trajet où elles sont en rapport avec la loge prévésicale, soit les faces antéro-latérales de la vessie, soit la portion la plus profonde de l'urèthre. De là la rareté relative des épanchements d'urine dans cette région comparée à la fréquence de l'épanchement intra-péritonéal, la vessie n'étant guère rompue ou blessée que pendant sa distension, c'est-à-dire au moment de ses rapports les plus étendus avec le péritoine.

ÉTIOLOGIE.

Le traumatisme le plus simple que l'on puisse imaginer, la ponction vésicale avec les trocarts capillaires des appareils aspirateurs, a pu causer cette grave complication. Dans un cas (Poncet (1), après deux ponctions faites avec l'appareil Potain, on trouve contre la face antérieure de la vessie et la paroi abdominale antérieure une couche purulente abondante, limitée de chaque côté par des adhérences.

Le fait a dû se produire souvent quand on faisait autrefois la ponction sus-pubienne avec de gros tr ocarts. Nou n'en avons pas trouvé d'exemples probants.

A la suite d'une taille sus-pubienne (2) qui entraîna la mort huit jours après l'opération, une infiltration urineuse siégeait dans le tissu cellulaire intermédiaire à la vessie et à la symphyse. M. Roux pensait que cet accident était dû à ce qu'il n'avait pas assez étendu son incision du côté du pubis.

(1) Lyon médical, février 1876.

(2) Roux. Académie des sciences, 13 mars 1828.

Les causes les plus ordinaires de ces épanchements limités sont la rupture de la face antérieure de la vessie par une contusion de la paroi abdominale antérieure ou une fracture du pubis, ou la déchirure de l'urèthre à sa région prostatique ou membraneuse par une esquille osseuse (1).

Pour qu'une solution de continuité de l'urèthre puisse verser l'urine dans le tissu cellulaire qui entoure la vessie, il faut que l'aponévrose supérieure du périnée soit rompue, condition sans laquelle il se ferait une infiltration urineuse périnéale et non une collection prévésicale. Cette condition se trouve réalisée dans les plaies de l'urèthre par fracture du pubis, le fragment osseux déchirant les aponévroses moyenne et supérieure en même temps que le canal. Le fait a été expressément noté (2).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Je néglige à dessein les lésions vésicales ou uréthrales, qui ne présentent de particulier que le siège des premières en dehors du péritoine, et celui des secondes à la face supérieure du canal et dans sa partie profonde, de même que les lésions osseuses plus ou moins étendues des différentes parties du pubis, pour m'occuper seulement de la tumeur prévésicale consécutive à ces désordres.

Quand la lésion de la vessie entraîne une mort rapide, on trouve au point où siégeait pendant la vie la tuméfac-

(1) Je relève ce fait donné sans détails et dans lequel le traumatisme opératoire peut aussi être sans doute invoqué. « Abcès prévésical et fistule vésicale au bas de la ligne blanche consécutifs à l'hystérotomie pratiquée pour fibromes multiples. Guérison. »
(Péan. Leçons de clinique chirurgicale, t. I, nº 120 du tableau).

(2) Pouliot. Th. Paris, 1868, p. 28.

tion hypogastrique une poche remplie d'urine sanguinolente et de caillots sanguins, ou un liquide chocolat d'odeur urineuse ammoniacale et tapissée d'une espèce de fausse membrane, qui la circonscrit des parties voisines (1). Quelquefois même, au bout de peu de temps, cette poche est si bien limitée qu'elle trompe au premier abord. Dans une autopsie (2), une rupture de la face antérieure de la vessie conduisait dans une cavité parfaitement circonscrite dans le tissu cellulaire voisin ; les bords en étaient si nets et si bien formés, qu'à première vue on aurait pu croire à un diverticule de la vessie.

D'autres fois, au contraire, l'épanchement est beaucoup plus diffus, et la raison de cette extension du liquide ne peut être cherchée que dans l'issue abondante de l'urine par de larges déchirures de la vessie. M. Shaw (3) a rapporté un cas dans lequel, à la suite d'une fracture du bassin en quatre points, il existait deux larges perforations de la vessie situées au niveau du point de réflexion du péritoine en avant, à un pouce environ au-dessus du col de la vessie et à quelque distance de la ligne médiane ; la vessie vide était refoulée dans la concavité du sacrum par l'urine extravasée au devant d'elle. Le revêtement péritonéal était détaché du fond de la vessie et séparé des parois abdominales au niveau de la région iliaque et hypogastrique, et principalement dans la fosse iliaque droite jusqu'au niveau de l'ombilic.

La quantité d'urine épanchée dans le bassin était si considérable qu'il n'y avait plus de place pour les intestins ;

(1) Denonvilliers. Gaz. Hôp., 31 janvier 1843.
(2) The Lancet, 1850, p. 573.
(3) The Lancet, 9 février 1860.

l'urine s'était infiltrée le long des uretères dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Ces graves lésions n'entraînent pas toujours une mort immédiate et peuvent être suivies d'une période de réparation qui laisse subsister des désordres moins rapides, compatibles avec l'existence. Chez un malade qui mourut d'indigestion longtemps après avoir présenté tous les signes d'une rupture de la vessie, on trouva des brides celluleuses établissant des adhérences solides entre les parois de l'abdomen, les parties latérales de la vessie et les autres organes du petit bassin. Les brides celluleuses formaient une seconde poche renfermant de l'urine contenant des flocons d'albumine (1).

Chez un enfant renversé par une voiture en juillet 1847, et qui ne succomba qu'en octobre 1852, on trouva les lésions suivantes (2) :

Observation XLIV.

La vessie est très distendue, hypertrophiée; muqueuse, grisâtre ; colonnes et cellules nombreuses ; col s'ouvrant dans une vessie supplémentaire qui s'est formée par épanchement de l'urine dans le tissu cellulaire vésico-pubien, à la suite d'une déchirure qui existe à la partie supérieure du canal de l'urèthre. Ce réservoir anormal est de forme irrégulière ; il occupe une partie du petit bassin et remonte jusqu'à 5 centimètres du sommet de la vessie dont la face antérieure forme la paroi postérieure de ce réservoir accidentel. La face antérieure de ce réservoir est formé par : 1° la face postérieure du pubis qui est déformée et offre plusieurs points saillants et dépourvus de périoste, résultat sans doute d'une

(1) Cellier. Th. de Paris. 1833, p. 24.
(2) Bullet. de la Soc. anat. t. XXVII., déc. 1852. Communication de M. Henry.

ancienne fracture de ces os ; 2° par la face postérieure adhérente des muscles droits de l'abdomen sur une hauteur de 5 centimètres ; 3° par du tissu cellulaire condensé, qui a subi la transformation fibreuse. Les parties latérales sont aussi formées de tissu cellulaire condensé ; la base est formée par les os pubis et le tissu cellulaire condensé du petit bassin. Ce réservoir peut avoir le volume d'un gros œuf de poule. Il présente plusieurs culs-de-sac et un certain nombre de diverticulums, se dirigeant en différents sens. Deux diverticulums suivent les branches descendantes du pubis et vont se terminer sur la tubérosité ischiatique ; une autre remonte sous l'aponévrose postérieure du muscle grand droit gauche. Un autre se porte horizontalement derrière la cavité cotyloïdienne gauche. La vessie et le réservoir sont distendus par une urine pâle, blanchâtre, trouble, à dépôt muco-purulent abondant.

SYMPTÔMES.

En dehors des signes ordinaires qui font songer à une solution de continuité de la vessie ou de l'urèthre, phénomènes généraux rapidement graves, difficulté de la miction, émission d'urines rares et sanguinolentes avec fréquentes envies, faible quantité d'urine retirée par le cathétérisme, le signe capital est une tumeur siégeant à la région hypogastrique et donnant de suite l'idée de la vessie distendue par l'urine.

Cette tumeur peut apparaitre immédiatement après l'accident (1) (Denonvilliers), Syme (2) ou le second jour (3) (Shaw) ou quelques jours plus tard (Prescott Hewet) (4).

Elle siège immédiatement au-dessus du pubis et peut remonter jusqu'à l'ombilic ; elle est parfaitement circon-

(1) Loc. cit.
(2) Lhe Lancet, 1848, vol. I, p. 289.
(3) The Lancet, 9 janvier 1867.
(4) The Lancet, 1850, p. 573.

scrite tout autour par une sonorité manifeste tandis qu'elle même est mate à la percussion. S'il y a survie, le lendemain de son apparition et les jours suivants, la tumeur augmente de volume ; elle peut avoir débuté sur le côté a la limite du flanc et de l'hypogastre et ne devenir tout à fait médiane que par les progrès de son développement.

Dans un cas, Prescott Hewet signale l'apparition quelques jours après l'accident de trois tumeurs présentant une fluctuation profonde : l'une de ces tumeurs était sur la ligne médiane immédiatement au-dessus du pubis ; les deux autres occupaient les régions iliaques.

Douze jours après l'entrée à l'hôpital, une large incision fut pratiquée à la partie inférieure de la région iliaque gauche et donna issue à environ trois pintes de pus fétide.

Cette même fluctuation profonde est signalée dans un autre cas et poussa Syme (*loc. cit.*) à faire une incision sur la ligne blanche. Après avoir traversé une masse épaisse des tissus indurés, un flot de liquide s'écoula qui était manifestement de l'urine.

Cette tumeur s'accompagne ordinairement d'une sensibilité extrême à la région hypogastrique, soit spontanée, soit provoquée par la pression, de sorte que l'examen est fort difficile et reste souvent incomplet. Bientôt elle se complique d'une tympanite abdominable qui la masque, indice de la propagation inflammatoire au péritoine.

Par le toucher rectal, le doigt ne sent pas au-dessus de la prostate le relief ni la sensation de résistance fournis par la vessie distendue par l'urine.

La ponction pratiquée dans la tumeur au-dessus du pu-

bis donne issue à un liquide séro-sanguinolent, d'odeur urineuse ou ammoniacale (1) ou à de l'urine pure (2).

DIAGNOSTIC.

L'erreur a consisté invariablement à prendre la tuméfaction hypogastrique pour la vessie distendue par l'urine. Il est évident que l'apparition rapide de la tumeur dans les premières heures ou les premiers jours qui ont suivi l'accident, coïncidant avec la difficulté ou la suppression des urines doit tout d'abord faire naître cette idée. Sans empiéter ici sur un diagnostic dont nous avons plus haut analysé avec détails tous les éléments, la présomption d'une tumeur prévésicale formée par l'urine ou le sang épanché hors de ses voies naturelles peut se tirer des conditions dans lesquelles s'est produit l'accident, de la constatation d'une ou de plusieurs fractures des os du bassin, des résultats du cathétérisme qui ne ramène qu'une urine peu abondante et teintée par le sang, de la persistance de la tumeur après l'issue de l'urine par la sonde, de son augmentation dans les jours suivants, des renseignements fournis par le toucher rectal qui indique une dépression au point où la vessie distendue ferait relief et enfin de la gravité de l'état général incompatible avec l'idée d'une simple rétention d'urine.

Plus tard, quand avec les signes précédents on a la sensation d'une fluctuation profonde, la notion d'une collection sous-aponévrotique extra-vésicale s'impose. En tous

(1) Jamain. Gaz. Hopit., 1859, p. 438.
Richet in th. Pouliot, loc, cit.

(2) Syme. Loc cit.

cas, la ponction capillaire constitue une dernière ressource très précieuse et absolument innocente.

TRAITEMENT.

Dans presque tous les cas, la mort a été la conséquence des graves lésions qui succèdent à la rupture des voies urinaires ; elle est due soit à la péritonite de voisinage, soit à la suppuration rapide et promptement septique de l'épanchement et à la septicémie qui en est la conséquence. Je n'ai trouvé que deux cas (Cellier, Henry) où la lésion abandonnée à elle-même se soit terminée par une guérison relative suivie plus tard d'accidents qui ont entraîné la mort des blessés.

Dès que l'on a la certitude qu'il s'agit d'une collection d'urine en avant et autour de la vessie, il faut intervenir. Syme donna issue à une énorme quantité d'urine par une large incision faite à travers une masse épaisse de tissus indurés et sauva son malade. Prescott Hewet, Jamain, le professeur Richet perdirent leurs blessés malgré la même intervention qui n'eut lieu dans ces trois cas que lorsque la situation était désespérée.

Le traitement comprend plusieurs indications qu'on peut formuler en quelques mots:

1° Prévenir une nouvelle issue de l'urine dans le tissu cellulaire en maintenant dans la vessie une sonde à demeure.

2° Ouvrir largement et de bonne heure la collection prévésicale et de préférence avec le thermo-cautère qui oblitère les orifices vasculaires à mesure qu'il sectionne les tissus.

3° Désinfecter largement la région par des injections

faites directement ou au moyen de drains disposés suivant les indications de chaque cas particulier.

CHAPITRE III.

Epanchements sanguins. — Hématomes.

L'histoire des épanchements sanguins de la cavité de Retzius n'est constituée que par quelques observations peu nombreuses, mais assez complètes pour qu'on puisse tirer de leur analyse quelques données générales importantes.

ÉTIOLOGIE.

L'hématome prévésical ou périvésical est rare. Dans les faits connus, c'est chez des adultes qu'il s'est produit ; le seul cas qui se rapporte à un enfant (14 ans) nous paraissant assez douteux (cas de Glass). Ici, comme pour le phlegmon prévésical symptomatique ou consécutif, on retrouve chez l'homme l'influence prédominante de la vessie, tandis que chez la femme elle est effacée par celle de l'utérus.

Mais une division étiologique beaucoup plus importante nous est fournie par les conditions dans lesquelles se développe l'épanchement sanguin, qui peut être : *a*) d'origine traumatique, *b*) d'origine spontanée.

a Les épanchements traumatiques de sang dans la cavité prévésicale ont été observés jusqu'à présent dans trois conditions particulières : 1° après les contusions violentes de

l'abdomen sans rupture de la vessie; 2° après une rupture ou une plaie de la partie antéro-latérale de la vessie; 3° après une rupture de l'utérus dans sa portion dépourvue de péritoine.

Les épanchements de la deuxième catégorie s'accompagnent fatalement d'un épanchement d'urine; celui-ci, par son abondance, la gravité des symptômes qu'il fait naître, les indications qu'il impose, domine assez la symptomatologie pour que nous ayons cru devoir en faire une étude à part. Il n'en sera plus question ici.

Dans le seul cas d'épanchement par contusion simple que nous ayons pu recueillir (Cuignet), un cavalier, en sautant un obstacle, fut projeté violemment en avant et tomba à plat-ventre sur le sol pendant que son cheval lui roulait sur la région lombaire.

L'épanchement sanguin observé par M. Joly (1) s'était produit chez une femme multipare à la suite de tentatives de version dans un cas de présentation de l'épaule. Une rupture siégeait à la paroi antérieure de l'utérus et sur sa paroi inférieure.

La fracture de la branche horizontale du pubis peut aussi donner lieu à cette variété d'épanchement. Chez une vieille femme de 87 ans, qui succomba dix heures après avoir fait une chute de son lit, on constata (2), à l'autopsie, une couche de sang d'un centimètre d'épaisseur, étendue depuis le bord interne du psoas gauche et dépassant, à droite, la symphyse pubienne, appliquée directement sur le périoste et refoulant, en arrière, la vessie et le tissu cellulaire. Le sang était fourni par une veine obturatrice, déchirée dans

(1) Observation citée plus loin.

sa moitié supérieure au niveau d'une fracture de la branche horizontale du pubis, entamant la gouttière sous-pubienne.

b) Les hématomes spontanés sont un peu plus fréquent. Chez l'homme, dans quelques cas, ils peuvent être rattachés à une altération vésicale. Un fait que je dois à l'obligeance du professeur L. Le Fort nous montre un volumineux épanchement intra et extra-vésical consécutif à une ulcération de la vessie (obs. III).

Dans l'obs. IV, il existait depuis très longtemps un rétrécissement fort serré de l'urèthre, avec des signes de cystite chronique, et bien que l'auteur intitule son observation *Fongus hématode*, nous sommes bien plus disposé à y voir un épanchement sanguin périvésical et nous ne sommes pas éloigné d'admettre qu'il y ait eu une fissure de la vessie qui a peut-être échappé à l'examen. Le cas, en effet, a beaucoup d'analogie avec le précédent, dans lequel il y avait ulcération vésicale.

D'autres fois l'étiologie est moins nette : l'épanchement se produisit brusquement chez une femme enceinte de deux mois (Dussler), qui succomba plus tard à la tuberculisation. Enfin chez un malade dont l'observation a été rapportée par M. Dujardin-Beaumetz, l'hématome fut découvert chez un malade atteint d'une affection cardiaque, avec œdème des extrémités inférieures.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans les cas peu nombreux où l'autopsie a été faite, on a trouvé les parois de la poche formées en avant et en bas par le pubis et la paroi abdominale, en haut et en arrière

par le péritoine et la vessie. On a noté un épaississement considérable de la paroi abdominale antérieure (obs. V),

Le sang contenu dans ce foyer est variable d'aspect, suivant l'époque de la mort; on l'a trouvé à l'état de caillots sanguins encore frais ou putréfiés; plus tard il s'est présenté comme une masse molle, pultacée, aréolaire, analogue au tissu placentaire, formant tout autour de la vessie, mais surtout à sa partie antérieure et sur les parois latérales, une enveloppe, qui atteignait en certains points 2 centimètres d'épaisseur (obs., V). Je n'insiste pas sur les lésions de voisinage, péritonite aiguë ou chronique, ulcération de la vessie, etc.

SYMPTOMES. — MARCHE. — TRAITEMENT.

1° Une tumeur plus ou moins volumineuse à la région hypogastrique; 2° une ecchymose plus ou moins étendue, à marche envahissante, tels sont les deux signes principaux qui peuvent éclairer sur la nature de la déformation de la région.

Je néglige la tumeur, qui ne présente pas d'autres caractères que ceux que j'ai assignés aux collections de diverse nature développées en ce point : même aspect de vessie distendue, mêmes limites assez bien tranchées en haut, plus vagues en bas; mêmes variétés dans la hauteur et les dimensions transversales. La sensation fournie par cette tuméfaction est un peu variable, suivant les cas : tantôt la (tumeur semble remplie comme par une masse gélatineuse obs. II, Jolly), tantôt elle ne donne que l'idée de l'empâte-

ment, tantôt aussi elle semble offrir une fluctuation non douteuse, quoique la ponction ne donne rien (obs. V, Léon).

L'ecchymose est beaucoup plus caractéristique; mais elle n'existe pas dans tous les cas. Elle fera nécessairemant défaut dans les cas qui seront suivis d'une mort rapide, la matière colorante du sang ayant besoin d'un certain temps pour imbiber les couches de la paroi et s'étendre au loin. Elle est expressément notée dans deux observations importantes. (Dujardin-Beaumetz, Léon.)

Elle fut le premier signe de l'affection et apparut au niveau de la cicatrice ombilicale sous forme d'une saillie hémisphérique ayant l'apparence d'un petit haricot, puis s'étendit au-dessous du nombril et sur la ligne médiane dans une étendue d'une pièce de 2 francs, pour gagner deux jours après le fourreau de la verge, le scrotum, la partie interne des fesses, tout le pourtour de l'anus et arriver au 5e jour dans le pli de l'aine gauche et dans le triangle de Scarpa à droite, d'où elle fusa les jours suivants à la face interne et postérieure de la cuisse. Elle disparut complètement en un mois.

M. Cuignet, après avoir constaté, le lendemain du traumatisme, la tuméfaction de l'hypogastre, remarqua le surlendemain une teinte sombre et comme ecchymotique à la partie inférieure de la cicatrice ombilicale. Le jour suivant cette ecchymose occupait tout le pourtour de la cicatrice et envahissait, en deux jours, la région ilio-inguinale droite jusqu'à l'épine iliaque et le voisinage du pubis. Elle s'effaçait vers le 15e jour.

Les troubles fonctionnels sont peu accusés : de la douleur dans l'hypogastre dans les tentatives de flexion du tronc chez le militaire blessé ; un peu de gêne de la mic-

tion chez le malade atteint d'une affection cardiaque, et c'est tout.

Chez une malade enceinte de deux mois, les accidents éclatèrent avec la brusquerie et les signes d'une hématocèle péri-utérine et s'accompagnèrent pendant plusieurs jours de phénomènes de péritonite avant l'apparition de la tumeur (Dussler).

Dans les autres cas, toute la symptomatologie était dominée par les troubles fonctionnels de la vessie, ou de l'urèthre primitivement malades.

Ceux-ci entraînèrent rapidement la mort chez les malades de MM. Le Fort et Léon.

La résolution se fit en un mois environ chez les malades de Cuignet, Dujardin-Beaumetz, en laissant persister pendant quelque temps une induration au-dessus du pubis.

Deux fois, la suppuration survint. Elle fut suivie de guérison chez un jeune homme (obs. VI) après deux ponctions ; de mort par hecticité chez la femme enceinte (Dussler), après ouverture de la poche et issue de sang putréfié.

Le traitement ne nous semble présenter ici aucune indication particulière. Il peut se formuler en deux mots : résolutifs, d'une part ; incision d'autre part, d'après les principes énoncés plus haut, si la collection devient purulente.

Observation I.

Hématocèle hypogastrique dans la loge de Retzius, par le Dr Cuignet. (Bulletin médical du Nord, oct., nov., déc., 1874, nos 10, 11, 12, t. XIV, page 181. Résumé.)

Le 1er août 1874, le nommé F..., adjudant au 19me régiment de chasseurs à cheval, est apporté à l'hôpital dans la matinée.

Il raconte que la veille, à neuf heures et demie du matin, étant au manège, et franchissant un obstacle au galop de son cheval, celui-ci a touché l'obstacle des pieds de devant et s'est abattu en faisant un demi-tour sur lui-même. Quant au cavalier, il avait été lancé en avant, était tombé à plat ventre sur le sol et avait reçu sur le dos, les reins et les fesses, son cheval en train d'accomplir le demi-tour dont nous parlons. Il en était résulté pour lui une forte contusion, il n'avait pu se relever, avait été transporté de suite dans son lit et le lendemain à l'hôpital, en raison de la gravité présumable de sa situation.

Il ajoute que, dans cette journée passée à la caserne, il avait principalement souffert des reins ; que dans l'après-midi il avait senti que son ventre était gonflé et assez dolent; que, du reste, il avait pu satisfaire à tous ses besoins, qu'il n'avait point ressenti de fièvre, mais qu'il n'avait pu se lever en raison d'un endolorissement général assez considérable.

Aussitôt qu'il est couché dans un lit de notre service, nous procédons à un examen détaillé. Voici ce que nous constatons alors :

Rappelons d'abord qu'il a dû être transporté et qu'il a eu assez de peine à passer du brancard dans son lit, que son attitude est d'être étendu sur le dos et un peu incliné sur le côté droit et qu'il a beaucoup de peine à se fléchir, à s'asseoir, accusant, lorsqu'il le tente, des douleurs assez vives dans la région lombaire et à l'hypogastre. Cela dit, nous constatons qu'il n'existe en aucune partie du corps, au lieu que dans celles signalées par le blessé, aucun indice de traumatisme.

Aux reins, ou plutôt au côté gauche de la région sacrée et à la fesse correspondante, il n'existe qu'une contusion médiocre, manifestée par une légère érosion épidermique, par un peu d'empâtement et une sensibilité modérée.

C'est la région hypogastrique qui offre les signes les plus intéressants d'une lésion sérieuse.

Elle est le siège d'une tumeur qui ressemble à première vue à une vessie dilatée outre mesure, à ce point qu'elle monterait jusque près de l'ombilic, en même temps qu'elle ferait la saillie caractéristique entre l'ombilic et le pubis. En effet, cette tumeur forme un relief très prononcé au bas-ventre, sous forme d'une convexité régulière, s'étendant du pubis jusqu'à deux travers de doigt

au-dessous de l'ombilic et en travers, débordant la ligne blanche d'environ 15 centimètres de chaque côté. La surface est globuleuse d'une manière très égale, sans dépressions ni saillies. Il n'existe aucune modification de coloration, ni de température, aucun empâtement à la peau qui la recouvre, elle est seulement plus tendue, plus lisse que de coutume.

A la palpation, cette tumeur n'offre aucune inégalité ; sa résistance est sensible, c'est celle d'un empâtement uniforme, siégeant dans les couches profondes de la paroi abdominale ou dans le ventre. Elle est exempte de fluctuation, frémissement, ballottement, crépitation; elle ne se déplace point d'un côté à l'autre du ventre, mais elle suit le mouvement de la paroi abdominale poussée de droite à gauche ou de gauche à droite. On n'y sent aucune mollesse gazeuse, aucun œdème partiel. Si l'on sollicite les muscles on les sent se contracter normalement sous la peau. Quand on la percute on obtient de la matité franche et uniforme entre le pubis et un point situé à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et sur tout le parcours de la ligne arrondie en haut qui limite le bord supérieur de la tumeur. En travers, cette matité cesse dans la région iliaque gauche, où elle est remplacée par le son aérique, mais elle se continue assez haut dans toute la fosse iliaque droite en même temps que cette région offre un empâtement profond qui n'existe pas du côté opposé.

La palpation et la percussion éveillent dans toutes les parties occupées par cette tumeur une sensation analogue à celle qu'excitent les efforts du blessé pour se déplacer ou s'asseoir.

L'auscultation permet d'entendre des bruits intestinaux très éloignés, sans mélange d'aucun bruit emphysémateux, ni de frottement, ni de déplacement de caillots.

A cause de la ressemblance de cette tumeur avec celle d'une vessie en replétion extrême, nous nous empressons de sonder le malade qui, du reste, affirme avoir uriné naturellement plusieurs fois depuis la veille et nous constatons, en effet, que la vessie ne contient qu'une quantité d'urine normale et que, de tous les côtés, la sonde est arrêtée par les parois rétractées de cet organe.

Il est évident, d'après cela, qu'elle n'a concouru d'aucune façon à constituer la tumeur.

L'état général est assez satisfaisant : le facies est calme, fièvre

légère caractérisée par une élévation modérée de la température et du pouls. Le blessé n'a pas eu de selle depuis l'avant-veille.

Cet examen clinique une fois terminé, nous nous demandons à quel genre de lésions nous avons affaire.

La nature et les circonstances de la chute faite par M. F..., ainsi que les caractères de la tumeur, nous portèrent d'abord à supposer que, soit la vessie, soit la paroi abdominale, soit la cavité péritonéale, en étaient le siège.

Après une très intéressante discussion sur le siège et la nature possible de l'épanchement, M. Cuignet arrive à conclure qu'il se trouve en présence d'une collection sanguine amassée entre le péritoine et le fascia.

Ce diagnostic fait à la suite du premier examen n'a fait que se confirmer dans les jours suivants, ainsi que nous allons le voir par les détails quotidiens de l'observation.

Le matin de l'entrée de F..., nous nous bornâmes à prescrire un grand lavement émollient et des fomentations résolutives à l'eau blanche camphrée sur le ventre. L'après-midi fut assez bon ; un peu de céphalée ; pas de vomissements ni de nausées ; douleurs hypogastriques médiocres pendant la toux ou les grandes inspirations. Peau légèrement sudorale le soir : pouls à 120.

2 août. Pas de selles. Tumeur un peu diminuée ; teinte un peu sombre et comme ecchymotique à la déclivité inférieure de la cicatrice ombilicale ; mouvements plus aisés. Pouls à 96. Décubitus dorsal un peu penché à droite.

Bouillon gras. Lait, 200 gr. Mêmes applications locales.

3 août. Bon état général. Pouls à 75. Appétit.

La saillie globuleuse de la tumeur a évidemment diminué ; la sonorité est conservée dans la fosse iliaque gauche ; dans celle de droite, la matité s'est comme accrue et elle a monté un peu vers le flanc. La palpation n'est pas douloureuse. La sensation d'empâtement est la même, c'est-à-dire uniforme, sans crépitation, sans déplacement de corps mobiles. L'ecchymose ombilicale s'est étendue à presque tout le sillon qui entoure le bourrelet central.

Prescription. — Chocolat le matin. Soupes au lait le jour.

4 août. La tumeur diminue d'étendue par le haut ainsi que dans la moitié gauche de l'hypogastre. Elle se concentre vers la région sus-pubienne et iliaque droite ; la palpation et la percussion indiquent la présence de l'intestin tout autour de ces limites. Une teinte évidemment ecchymotique s'entrevoit à la région ilio-inguinale droite et un peu au-dessus du pubis.

Le malade se lève dans l'après-midi pour qu'on lui fasse son lit. — Rég. Un quart de portion. Applications résolutives continuées et repos.

Ce jour-là je suis honoré de la visite de notre éminent confrère, le professeur Verneuil, et je lui montre ce malade. Il pense également que la tumeur est constituée par un épanchement sanguin et qu'elle siège entre le *fascia transversalis* et le péritoine. Il m'indique, à ce sujet, qu'un médecin du nom de Retzius a publié un travail dans lequel il fait exactement la topographie de l'espace inter-membraneux dont il est question, et publié quelques observations d'épanchements variés dans cet espace qui aurait pris, dès lors, le nom de loge de Retzius.

5 août. L'empâtement et la matité réduite à de la submatité sont restreints à la région sus-pubienne et ilio-inguinale droite. Les parois abdominales sont souples et se laissent déprimer sans douleur. La miction et la défécation s'accomplissent normalement.

6 août. L'ecchymose sous-cutanée monte jusqu'à l'épine iliaque en haut, et déborde en bas l'arcade crurale. La tumeur s'apprécie le mieux maintenant au bas de la fosse iliaque. Même traitement.

7 août. Même état. 8 et 9, de même. Le malade se lève un peu.

10 août. L'ecchymose s'est étendue à droite ; elle déborde le trochanter et l'épine iliaque. Le tronc se fléchit bien ; mais la flexion de la cuisse droite sur le bassin est encore gênée. L'épanchement se réduit à une tumeur de la grosseur d'un œuf siégeant un peu à droite du pubis.

15 août. L'ecchymose s'efface partout; la tumeur est de moins en moins appréciable à droite du pubis. Les mouvements sont de plus en plus faciles.

2 septembre. La tumeur n'a plus que le volume d'une noix ; elle n'est ni molle ni dure, mais de consistance intermédiaire

12 septembre. Il ne reste plus qu'un empâtement diffus, indolent et peu prononcé dans le bas de la fosse iliaque droite. Le blessé est fait sortant.

Observation II.

Présentation de l'épaule gauche. Double perforation de l'utérus à la suite de tentatives pour pratiquer la version pelvienne; version faite par M. Tarnier. Mort. Autopsie, par M. Jolly, interne des hôpitaux. (Bullet. Soc. anat., août 1867, p. 533.)

Résumé. — Femme de 20 ans, à terme de son troisième enfant ; présentation de l'épaule ; tentatives de version avant l'arrivée à l'hôpital. A la Maternité, on trouve au-dessus du pubis une tumeur volumineuse bien circonscrite et ressemblant à la vessie distendue par l'urine. Elle faisait pour tout le monde une saillie nettement limitée et paraissait remplie par une masse comme gélatineuse. Nous crûmes tous que cette tumeur était formée par la vessie, bien que le cathétérisme pratiqué plusieurs fois, tant avec une sonde en métal qu'avec une sonde en gomme élastique, n'amenât pas d'urine.

Tentative inutile de version par Mme Alliot, quelques heures plus tard faite avec succès par M. Tarnier.

Mort 36 heures après l'accouchement.

Péritonite généralisée. Quantité de sang considérable altéré dans les culs-de-sac péritonéaux.

Perforation de l'utérus au-dessous de l'orifice interne du col, laquelle conduit dans le péritoine.

Deuxième perforation à la partie antérieure du col, s'ouvrant dans une vaste cavité sous-péritonéale qui contient encore quelques caillots d'un sang noirâtre.

Le foyer sanguin est situé directement en avant sur la ligne médiane et il a repoussé à gauche la vessie, saine d'ailleurs. En bourrant cette cavité avec du papier, on reproduit assez exactement l'aspect de la tumeur remarquée pendant la vie au-dessus du pubis et prise pour la vessie.

Utérus rétracté ; pas de déchirure du vagin.

Observation III..

Rupture de la vessie. Epanchement sanguin dans l'espace prévésical chez l'homme (1).

Lagniel, Louis, âgé de 70 ans, entre le 15 avril au soir dans le service de M. Le Fort. Ce malade est dans état de faiblesse très grande et ce n'est pas sans peine que l'on obtient quelques renseignements sur les causes de son entrée à l'hôpital.

Il nous raconte que le dimanche précédent il a été pris presque brusquement pendant la nuit d'un besoin impérieux d'uriner ; il n'a pu rendre que quelques gouttes de sang. Comme il avait déjà eu des accidents semblables quelque temps auparavant, lesquels s'étaient dissipés spontanément, il est resté sans rien faire jusqu'au mardi 13 avril. Un médecin appelé ce jour-là pratique le cathétérisme, mais sans pouvoir retirer l'urine de la vessie. Le malade nous raconte que depuis le dimanche jusqu'au jeudi soir, jour de son entrée, il n'a pu rendre à d'assez longs intervalles qu'un peu de sang.

Nous le trouvons dans l'état suivant :

Le facies est grippé, le teint un peu terreux. Le malade exhale une odeur urineuse assez forte. La langue est sèche, fuligineuse. Le pouls est petit et fréquent. La température est normale.

L'abdomen est saillant : la palpation de la région sus-pubienne permet de constater un empâtement très prononcé qui s'étend immédiatement en avant du pubis jusqu'a 5 ou 6 cent. au-dessous de l'ombilic. Le malade qui a senti lui-même cette dureté prétend qu'elle existait avant le dimanche où ont apparu les accidents. Il s'écoule par la verge un peu de liquide sanguinolent. Le toucher de la prostate par le rectum permet de constater une légère augmentation de volume de celle-ci, en même temps qu'un empâtement mal limité des parties latérales de la prostate.

M. le professeur Le Fort pratique le cathétérisme ; il ne s'écoule par la sonde qu'un peu d'urine mêlée à du sang et surtout des

(1) Observation recueillie par M. Ramonat, interne du service.

caillots denses, un peu visqueux. Les caillots cylindriques, moulés sur le calibre de la sonde ne peuvent être obtenus qu'en pratiquant l'aspiration avec une seringue ordinaire à hydrocèle. Les caillots saillants à l'ouverture de la sonde, saisis avec les doigts, sont assez solides pour qu'on puisse ainsi faciliter leur sortie. Il paraît évident que la vessie est remplie par du sang coagulé provenant d'une hémorrhagie antérieure à l'entrée à l'hôpital.

Une injection destinée à dissocier les caillots n'en ramène que quelques débris. La sonde retirée et introduite à plusieurs reprises est toujours bouchée par des caillots noirâtres et filants.

Dans le courant de la journée, l'interne du service pratique, d'après les ordres de M. Le Fort, des injections avec une solution légère de sulfate de soude, dans l'espoir de dissocier les caillots. On parvient ainsi à en désagréger une certaine quantité ; mais l'empâtement abdominal persiste toujours. Le malade étant très fatigué, on cesse les injections. Les phénomènes généraux sont toujours très graves.

Le malade meurt dans la nuit, avec des accidents urémiques.

Autoptie. — En incisant la paroi abdominale de la region sus-pubienne, on tombe sur un foyer hémorrhagique situé en avant et au-dessus de la vessie, et ayant décollé le péritoine dans une étendue de 10 centimètres carrés au moins; ses parois sont formées en avant et en bas par le pubis et la paroi abdominale, en haut et en arrière par le péritoine et la vessie.

Après avoir débarrassé ce foyer des caillots qui le remplissent complètement, on arrive sur la vessie distendue elle-même par des caillots et ayant le volume d'une tête de fœtus.

Elle est perforée à la partie supérieure. La perforation présente l'étendue d'une pièce de 1 franc environ, les bords sont très amincis, et l'amincissement est également prononcé sur une assez large étendue de la vessie autour de l'ouverture. La vessie est fortement distendue ; on aperçoit par transparence les caillots qu'elle contient. Après avoir enlevé en un seul bloc la vessie, la prostate et le rectum et avoir vidé la vessie de ses caillots, on constate qu'il existe sur le bas-fond au niveau de l'uretère gauche un fongus de la grosseur d'une petite noix, d'aspect tomenteux et sanguinolent. Le rein correspondant est complètement kystique. Le rein droit est sain ; mais le bassinet est un peu distendu par l'urine. La vessie

dans son segment inférieur est très épaissie, tout autour de la prostate et du fongus ; le tissu cellulaire périprostatique est infiltré et induré, surtout à gauche.

Le péritoine épaissi au niveau du foyer hémorrhagique est complètement sain dans tout le reste de son étendue.

Observation IV.

Apoplexia retro-peritonealis. (Aerztl. Mittheil aus Baden n° 8, 1874, p. 59 et Schm. Jahrb., p. 165, Hft. II, 1874. Dussler, in Karlsruhe.)

Femme de 27 ans, au second mois de la grossesse. Attaque subite, brusque, de douleur extrêmement vive. Phénomènes semblables à ceux de l'hématocèle périutérine. Phénomènes de péritonite diffuse dans les premiers jours; puis tumeur volumineuse s'élevant jusqu'à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic et s'étendant latéralement jusqu'aux épines iliaques. Fièvre vive; douleur locale, matité, etc. Phlegmatia des deux jambes et des grandes lèvres.

Ouverture sur la ligne blanche à 2,c. 1[2 au-dessous de l'ombilic. Flot de sang putréfié. Amélioration.

Diminution de la fièvre. Marasme, toux, tuberculose. Diarrhée profuse, mort.

Autopsie. — Exsudat péritonitique. Adhérences intestinales. Tumeur fluctuante dans le tissu cellulaire sous-péritonéal au dessus de la vessie; soulèvement du péritoine épaissi. Cavité remplie de sérosité trouble.

Observation V. (Résumée.)

(Sur un cas d'uréthrotomie externe, etc., par le Dr Léon. Bull. gén. de thérapeutique, t. XCII, 7e livraison, p. 296 et suiv.)

Le 14 janvier 1877, le nommé Bourasson (Honoré), agé de 39 ans, ancien matelot, entré à l'hôpital civil de Rochefort. Cet homme d'une assez vigoureuse constitution, soigné d'abord à Marennes,

puis à Sauyon pour un rétrécissement uréthral devenu infranchissable, donne sur ses antécédents des renseignements assez peu précis : il nous dit avoir eu une blennorrhagie il y a quatorze mois environ. Quelques années plus tard il fit à bord d'un bâtiment une chute dans laquelle la région périnéale fut contusionnée ; les urines continrent du sang pendant quelques jours, mais peu à peu les fonctions se seraient rétablies normalement. Depuis neuf ans il s'est aperçu de la diminution du jet d'urine et fut soigné par la dilatation progressive, qui amena une amélioration notable. Mais Bourasson ayant négligé de continuer le cathétérisme, il y a trois mois la dysurie devint plus prononcée; traité de nouveau par la dilatation, il présenta des alternatives d'amélioration et d'aggravation; enfin, dans ces derniers temps, la difficulté d'uriner a encore augmenté et aujourd'hui la miction est abolie; depuis soixante heures, le malade n'a rendu que quelques gouttes d'urine qui s'échappent du canal par regorgement.

A l'examen, fait aussitôt après l'arrivée à l'hôpital on constate la distension de l'abdomen avec douleurs vives au moindre attouchement; la palpation, faite avec tous les ménagements nécessaires, permet de reconnaître une matité remontant jusqu'à l'ombilic et s'étendant, en décrivant une courbe ovalaire, jusqu'à 12 centimètres de chaque côté de la ligne médiane vers les flancs. Fluctuation non douteuse, tout en manquant de netteté; et tout d'abord nous attribuons à la distension exagérée du viscère cette obscurité dans la transmission du flot liquide. L'état général est relativement assez satisfaisant; pas de fièvre, pas de signes de résorption urinaire; le pouls est à 80, petit, dépressible; la figure exprime l'anxiété, les facultés intellectuelles sont conservées.

On fait alors des tentatives inutiles de cathétérisme.

On tente une ponction aspiratrice avec l'appareil Dieulafoy; la canule n° 2 armée de son trocart est plongée à 2 centimètres au-dessus du pubis sur la ligne médiane, mais bien qu'elle soit enfoncée jusqu'à 1 centimètre du pavillon, elle ne donne pas la sensation d'avoir pénétré dans une cavité, et au lieu du jet d'urine que nous nous attendions à voir s'échapper avec force, c'est à peine si quelques gouttes de liquide teintes de sang et à odeur urineuse s'écoulent en bavant; l'aspiration ne fait rien venir dans le corps de pompe.

Nous pratiquons deux nouvelles ponctions au voisinage de la première et nous acquérons ainsi la conviction que la canule reste engagée dans une masse molle et spongieuse, qu'elle ne peut atteindre la cavité vésicale, soit que les parois du réservoir urinaire aient une épaisseur insolite, soit que la face antérieure soit séparée de la paroi abdominale par une tumeur assez volumineuse. Ains s'expliquait l'obscurité de la fluctuation, mais la situation s'en trouvait compliquée, puisqu'il fallait compter avec une lésion dont la nature encore inconnue assombrissait le pronostic déjà peu rassurant.

Le lendemain 15 au matin la situation s'est aggravée. Nous faisons une dernière ponction avec l'aiguille n° 2 de l'appareil Dieulafoy à 5 centimètres au-dessus du pubis, par conséquent à 2 centimètres au-dessus des piqûres de la veille; cette fois encore, le trocart reste plongé dans une masse molle dont les mailles paraissent se déchirer sous la pointe de l'instrument, et nous n'arrivons pas dans la vessie; mais il s'écoule un liquide très fortement teinté en rouge et d'une odeur ammoniacale très prononcée: on en recueille environ 80 grammes.

L'instrument retiré, ce même liquide continue à suinter par la piqûre.

(Nous ne rapportons pas l'opération d'uréthrotomie externe qui fut pratiquée.)

Le 17, le malade mourut.

L'autopsie fut faite dix-huit heures après la mort.

Teintes ecchymotiques s'étendant assez loin autour de la dernière piqûre. Décomposition déjà avancée. Sur les anses intestinales en contact avec la vessie lésions de la péritonite aiguë, bien que le péritoine lui-même ne soit pas enflammé.

La vessie considérablement hypertrophiée, enveloppée par le péritoine épaissi, forme une masse volumineuse. En plus des lésions de la péritonite localisée sur les anses intestinales, on reconnaît l'existence d'un épanchement de sang intra-péritonéal qui s'est accumulé dans le cul-de-sac recto-vésical.

Le péritoine périvésical est très épais; au-dessous de lui et lui adhérant intimement, il existe une masse molle pultacée, aréolaire, gorgée de sang, qu'on ne saurait mieux comparer qu'au tissu placentaire, formant autour du viscère, mais plus particulièrement

sur sa face antérieure et sur les parois latérales, une enveloppe qui atteint en certains points plus de 2 centimètres d'épaisseur. La couche musculaire de la vessie est également très hypertrophiée; elle ne mesure pas moins de un centimètre et demi d'épaisseur; la muqueuse est saine, de couleur ardoisée, se moulant sur les saillies de la couche sous-jacente; son épaisseur est un peu augmentée; elle n'a pas été atteinte par les piqûres.

La partie antérieure des parois abdominales est très épaissie. Le péritoine pariétal, épaissi, mais non enflammé, se reflèchit sur la paroi antérieure de la vessie, à 6 centimètres au-dessous de ce point de reflexion. Les piqûres ne peuvent plus être suivies à travers les parois, mais, au point où elles ont pénétré dans la masse fongueuse, la suffusion sanguine est encore plus prononcée.

Observation VI.

Hématome péri-vésical.
(O. Glas, in Schm. Jahrb., p. 39, 1873, t. I.)

Jeune homme de 14 ans. Douleurs stomacales, vomissements, constipation; puis diarrhée abondante sans melœna.

Miction difficile, douloureuse. Rénitence au-dessus du pubis, matité, tension des téguments.

Toucher rectal : tuméfaction remplissant la plus grande partie du bassin. Cathétérisme : quelques gouttes d'urine seulement, la tumeur ne disparaît pas.

Ponction au-dessus de la symphyse de pubis donnant issue à une livre de pus en bouillie sanguinolente, fétide, ne renfermant pas d'urine. Ecoulement de pus les jours suivants. Réapparition de la tumeur; nouvelle ponction, issue de pus.

Tumeur diminuant, d'après le toucher rectal; enfin, guérison.

Observation VII (Résumée).

Affection cardiaque. Hémorrhagie dans la cavité de Retzius. (Hématocèle péri-vésicale.) Guérison.

(Dujardin-Beaumetz. Société méd. des hôpitaux. Union médicale, 31 janvier 1878.)

Le nommé L... entre le 20 mai 1877, dans le service de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, pour se faire soigner d'une affection cardiaque.

26 mai. Grâce à un traitement habilement dirigé, il ne restait plus qu'un léger œdème aux malléoles. Le cœur a moins d'irrégularités; le malade urine en quantité médiocre, mais souvent. En palpant son abdomen, où toute trace d'ascite a disparu, on constate, au milieu même de la cicatrice ombilicale, une petite ecchymose d'une coloration violette très foncée ; elle est exactement limitée à un petit repli de la cicatrice, arrondi et globuleux qui forme au niveau de la cicatrice une petite saillie d'un aspect assez bizarre. On dirait un petit haricot brun, ou mieux, l'abdomen distendu de ces suceurs féroces que l'on trouve si souvent sur les oreilles des chiens de chasse. Sur la demande s'il a reçu quelque choc sur le bas-ventre récemment, il répond très nettement qu'il n'a reçu aucun coup; la teinte actuelle prouve qu'elle est toute récente, ce n'est donc pas le traumatisme qui en est la cause. Du reste, on attache peu d'importance à l'apparition de cette petite ecchymose, pensant qu'il a pu se contusionner sans y prendre garde.

Le 27. Du côté du poumon et du cœur tout est à peu près rentré dans l'ordre. A la cicatrice ombilicale même trace d'ecchymose. En outre, immédiatement au-dessous du nombril et sur la ligne médiane, on voit une teinte violacée assez foncée occupant une surface égale à celle d'une pièce de deux francs à contours irréguliers et diffus.

Le 28. L'attention est tout entière attirée du côté de l'abdomen. L'ecchymose sous-ombilicale a gagné en surface. La percussion donne de la matité à la région hypogastrique comme si le malade avait une rétention d'urine. En palpant les parois de l'abdomen qui

sont tendues et douloureuses à la région hypogastrique, on trouve une tumeur assez consistante, mais nettement dure, un peu douloureuse, ses limites inférieures sont difficiles à préciser, car elles semblent se prolonger derrière le pubis, mais supérieurement elle est limitée nettement par un contour assez régulier, arrondi, dont la partie la plus élevée est à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Si l'on commande au malade de faire un grand effort, dans cet acte, les parois de l'abdomen sont fortement portées en avant, et si l'on palpe alors, on sent aussi bien la tumeur qu'à l'état de repos ; enfin si l'on fait pousser et reposer le malade, la main, appliquée sur l'abdomen, dans ces mouvements d'élévation et d'abaissement, fait constater que la tumeur est placée à la partie la plus profonde de cette paroi. Le toucher rectal ne révèle rien de particulier; la prostate, malgré l'âge du malade, présente un volume normal. L'urine est rendue en quantité normale, et ne présente rien de particulier; le malade est obligé d'uriner souvent, la tumeur comprimant la vessie. Le cathétérisme, pratiqué sur-le-champ trouve une vessie petite, mais rien de particulier dans son intérieur. Une coloration violacée se montre, légère, sur tout le fourreau de la verge, plus intense à tout le scrotum. Enfin, on trouve une tache ecchymotique violet intense siégeant sur la face interne des fesses et à tout le pourtour de l'anus, sur le périnée, limitée en arrière par une ligne transversale, presque droite, qui passe à un travers de doigt du coccyx et, en avant, par une ligne courbe, à concavité supérieure, qui embrasse la racine des bourses, tout en restant éloignée de deux travers doigt, espace où la peau a une coloration normale. Du reste, le malade ne souffre pas ; il se trouve même très bien, riant de l'embarras où nous met sa tumeur.

M. Beaumetz diagnostique avec réserve un hématome périvésical dû à la rupture de quelqu'une des veines du plexus prostatique.

Traitement. Potion de perchlorure de fer.

Le 29. L'ecchymose du nombril s'allonge ; celle du scrotum, du périnée, de la verge, même état. Deux nouvelles ecchymoses légères, diffuses, se montrent, l'une dans le pli de l'aine gauche, l'autre dans le triangle de Scarpa droit à sa partie moyenne. L'œdème péri-malléolaire a totalement disparu ; tumeur, même état.

Le 30. Toutes les ecchymoses sont dans le même état. La peau

le pubis se montre légèrement violacée. L'urine est toujours limpide. Le ventre est un peu ballonné et la percussion la plus légère est douloureuse à la région hypogastrique.

Le 31. L'ecchymose du périnée s'efface un peu, à la région sus-pubienne et au pli de l'aine gauche, la teinte violacée se fonce. Les autres sont dans le même état. Le ventre est un peu moins ballonné, aussi on sent bien mieux la t meur ; elle est douloureuse.

1er juin. Les ecchymoses du périnée, du scrotum, de la verge s'effacent. Dans les deux triangles de Scarpa et au pubis elles s'étendent et deviennent d'une coloration plus foncée ; l'ecchymose sous-ombilicale s'allonge vers le pubis. Il me semble que la tumeur tend à diminuer de volume.

Le 2. Teintes ecchymotiques moins foncées partout.

Le 4. Même état. Les ecchymoses du triangle de Scarpa gagnent les sommets des triangles : à leurs bases, il n'y en a plus traces ; celle du nombril suit aussi la route déclive : elle a presque rejoint celle du pubis.

Le 5. Certainement la tumeur diminue de volume. Les ecchymoses ne sont plus représentées partout que par de légères teintes violettes.

Le 9. Même état. Le malade se sent très bien.

Le 11. Au pubis et au triangle de Scarpa droit, les ecchymoses persistent encore : toutes les autres ont disparu.

Le 12. L'ecchymose du triangle de Scarpa droit gagne la face interne et postérieure de la cuisse ; celle du pubis commence à s'atténuer. La tumeur qui continue à diminuer de volume, est moins dure.

Le 16. L'ecchymose sus-pubienne est plus large que les jours précédents et très violacée. Tout a disparu à droite dans le triangle de Scarpa.

Le 26. Une légère teinte violette persiste encore au pubis. La tumeur a beaucoup diminué et forme au dessus du pubis une masse irrégulière mais facile à circonscrire, grosse à peu près comme un œuf de poule.

Le 30. La teinte violette sus-pubienne n'existe plus : c'est la dernière teinte ecchymotique qui existait. Le malade urine moins fréquemment. La tumeur a beaucoup diminué ; ses contours sont

moins faciles à préciser que dans les premiers jours, cependant on sent qu'elle a pris la forme d'une poire très allongée et renversée ; elle est tout entière située à droite de la ligne médiane. La partie la plus supérieure, la plus grosse, est à cinq travers de doigt de l'ombilic ; la partie la plus inférieure, un peu rétrécie, se perd derrière le pubis. Toute la masse est dure, non douloureuse, adhérente aux parois abdominales ; à son niveau, la peau est bien mobile et présente sa coloration naturelle.

6 juillet. Même état.

Le 21. Le malade sort de l'hôpital en parfait état ; c'est à peine si l'on sent un peu d'induration à la région vésicale. Toute teinte d'ecchymose a complètement disparu.

DEUXIÈME PARTIE

Des tumeurs chroniques de la région prévésicale.

Cette deuxième partie de mon travail ne peut se composer que de faits rares et curieux, recueillis à force de recherches dans la littérature médicale. Envisagée à ce point de vue, la pathologie de la cavité de Retzius est fort pauvre.

Parmi les faits que nous avons pu réunir, les uns n'ont qu'un intérêt clinique et manquent du contrôle anatomique ; les autres, au contraire, n'ont été constatés que dans les autopsies ; de sorte qu'il nous paraît difficile à l'heure actuelle de faire, avec ces matériaux insuffisants, une description d'ensemble des néoplasmes de la région.

Forcé de nous contenter du peu que nous possédons, nous devons nous borner non pas à exposer l'état de la science, mais l'insuffisance des documents à ce sujet, sans avoir la prétention de tracer l'histoire de telle ou telle tumeur, basée sur l'observation d'un fait quelquefois unique.

CHAPITRE PREMIER.

TUMEURS LIQUIDES. — KYSTES.

a. *Kystes simples.* — Je me borne à citer *in extenso* une observation importante due à M. Ramonet, médecin militaire, qui la recueillit chez un jeune soldat.

C'est le seul fait de ce genre dont j'ai connaissance.

Observation .

Kyste migrateur sous-péritonéal, à contenu lacescent granulo graisseux par M. Ramonet, médecin-major de 2e classe.
(Recueil de mém. de médec., de chirurg. et de pharmacie militaire, 1878, t. XXXIV.)

Peltier, soldat au 144e de ligne, est pris, le 1er juin 1876, de douleurs abdominales, pour lesquelles il nous fait appeler, vers quatre heures du soir. Ces douleurs existent depuis cinq ou six jours, sourdes et vagues ; ce n'est que le 1er juin, vers midi, qu'elles ont acquis une certaine acuité. Peltier a seize mois de service ; il est d'une constitution bonne, d'un tempérament bilioso-sanguin ; sa santé générale ne laisse rien à désirer. Il n'a jamais été malade, ni avant son incorporation, ni pendant son séjour sous les drapeaux. Il a pu faire régulièrement son service jusqu'au moment où il nous a fait mander pour les douleurs qu'il ressent.

Interrogé sur son état actuel, le malade accuse des coliques ; la langue est bonne, le pouls est calme, la température normale ; le visage a conservé son expression naturelle. En découvrant le malade, nous apercevons, à la région hypogastrique, une tumeur volumineuse, à cheval sur la ligne médiane, mais débordant cette ligne beaucoup plus à gauche qu'à droite, partant du pubis et montant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette

tumeur est globuleuse, mate, rénitente, irréductible, sans expansion ni soulèvement, médiocrement douloureuse à la pression. Elle donne la sensation d'une tumeur remplie de liquide, bien que la fluctuation y soit peu sensible ; elle offre, par sa position et par sa forme, les apparences de la vessie distendue par de l'urine. Aux questions que nous lui posons, dans le sens de la rétention d'urine, le malade répond qu'il n'a pas uriné depuis six heures du matin ; il se plaint, en outre, de constipation habituelle. Il sent qu'il a besoin d'uriner, mais il est dans l'impossibilité de satisfaire ce besoin. Invité par nous à uriner sous nos yeux, il fait des efforts énergiques, douloureux, stériles : la miction est impossible. Nous posons le diagnostic de rétention d'urine et nous nous mettons en mesure de le sonder. Le cathétérisme, pratiqué sans la moindre difficulté, donne issue à un verre et demi d'urine limpide, claire, transparente. L'écoulement du liquide arrêté, nous constatons, non sans quelque surprise, que la tumeur persiste, presque aussi volumineuse que tantôt. Nous examinons la sonde qui n'est bouchée en aucune façon, et nous l'introduisons de nouveau dans la vessie, pensant que nous avons incomplètement vidé cet organe. Il sort quelques gouttes d'urine, et c'est tout. Nous songeons alors à une tumeur extra-vésicale, superposée à la vessie, et nous dirigeons nos recherches en ce sens.

La matité, qui s'étendait du pubis jusqu'à un centimètre au-dessous de l'ombilic, a été modifiée par le cathétérisme. Du pubis à une distance de deux travers de doigt au-dessus, la percussion accuse de la sonorité ; de ce dernier point jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, la matité persiste. Le doute n'était plus permis : nous étions en présence d'une tumeur abdominale, indépendante de la vessie, et dont l'œil peu observateur de Peltier ne s'était jamais aperçu. Nous plaçons le malade dans un grand bain tiède, pour calmer ce qu'il appelle ses coliques, et nous l'envoyons d'urgence à l'hôpital militaire, où il entre à 6 heures du soir.

Après avoir examiné la tumeur, M. Bourrot, médecin traitant, pratique, le 1er juin, à 7 heures du soir, une ponction aspiratrice, avec l'appareil Dieulafoy, et retire 380 grammes de liquide brun, couleur café au lait. Ce liquide n'a malheureusement pas été analysé, ni soumis à l'examen microscopique. Après l'opération, on

enduit la piqûre d'une couche de collodion et on applique un bandage compressif. Le lendemain le malade se trouve dans d'excellentes conditions ; il a uriné facilement, et il a eu une selle dans la nuit ; la tumeur s'est affaissée ; il n'y a pas eu de réaction. Le 4 juin et les jours suivants, le malade se lève et sort de l'hôpital le 11 ; la tumeur semblait avoir disparu.

Le 13 juin, Peltier se présente de nouveau à notre visite ; la tumeur s'était reproduite, et nous le renvoyons d'urgence à l'hôpital. Ici commencent les renseignements précis et la partie intéressante de notre observation :

La tumeur occupe la région hypogastrique ; elle fait peu de saillie vers la surface et semble plongée dans le bassin. Elle occupe la ligne médiane, mais s'étend beaucoup plus à gauche qu'à droite. Transversalement, elle dépasse un peu, à droite, le bord interne du muscle droit de ce côté ; à gauche elle déborde le bord externe du muscle droit correspondant de deux travers de doigt. Verticalement elle s'étend de 3 centimètres au-dessus du pubis jusqu'à 1 centimètre environ au-dessous de l'ombilic. Elle est lisse, indolore, irréductible, globuleuse, mate, douée d'une rénitence semi-élastique, sans fluctuation perceptible, sans changement de couleur à la peau ; son enveloppe donne la sensation d'une coque assez épaisse et assez résistante. La tumeur présente une mobilité surprenante, et se déploie en masse avec la plus grande facilité. A partir de la ligne médiane, la main la fait cheminer sans peine vers la fosse iliaque gauche, où elle s'enfonce puis la fait remonter verticalement le long de la paroi abdominale jusqu'à l'hypochondre gauche, où elle disparaît ; puis la tumeur abandonnée à elle-même retombe par son propre poids, et reprend sa position première. Mais il est impossible de lui faire franchir la ligne médiane pour la faire cheminer à droite ; elle s'arrête de ce côté au niveau du bord externe du muscle droit, sans qu'on puisse lui faire dépasser cette limite.

Le 15 juin on fait une deuxième ponction aspiratrice, qui donne issue à 500 grammes d'un liquide offrant la couleur et la consistance du lait. Ce liquide est inodore, albumineux, riche en sels alcalins ; à l'examen microscopique, on y découvre quelques rares leucocythes et une infinité de granulations graisseuses transparentes ; de globules de pus : pas un. Le contenu de la tumeur représente donc un liquide albumineux, alcalin, finement émulsionné : de là sa

couleur et son apparence latescentes. Il ne renferme ni échinocoques, ni crochets d'échinocoques.

Après cette dernière ponction, qui a été aussi inoffensive que la première, la tumeur s'affaisse de nouveau jusqu'au 22 juin, époque à laquelle le liquide se reproduit d'une façon manifeste. Le 16 juillet, elle est plus volumineuse que jamais. En bas, elle descend à 1 centimètre du pubis; en haut, elle dépasse l'ombilic de 1 centimètre et demi; le diamètre transversal a augmenté de un travers de doigt à gauche; à droite, il n'a pas sensiblement varié. La mobilité de la tumeur et sa migration en masse existent toujours. On pratique, le 16 juillet, une troisième ponction aspiratrice qui évacue 800 grammes de liquide lacescent, en tous points semblable au liquide de la deuxième ponction; puis on fait une injection d'alcool à 45 degrés. La tumeur diminue pour reparaître encore vers le 25 juillet, et, le 3 août, on retire, par une quatrième aspiration, 500 grammes de liquide, renfermant cette fois de nombreux leucocythes. Le 6 août, on fait une injection de 50 grammes de teinture d'iode pour 200 grammes d'eau et 2 grammes d'iodure de potassium. Cette injection est suivie d'une réaction inflammatoire assez intense. La tumeur et la région où elle siège sont spontanément douloureuses et d'une grande sensibilité à la pression; la fièvre s'allume, les yeux se cavent, la face se grippe, la langue est sèche; il y a de la constipation, des nausées, des vomissements bilieux. A ces signes il était impossible de méconnaître une inflammation de la tumeur et une péritonite localisée. La tumeur retombe à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, mais elle touche le pubis; elle devient immobile et se fixe dans la fosse iliaque gauche, dépassant à peine la ligne médiane de son bord droit. Les symptômes d'inflammation durent jusqu'au 10 août, puis disparaissent. Après trois nouvelles ponctions évacuatrices faites le 12 août, le 14 août, et le 25 août, ponctions qui amenèrent au dehors un liquide purulent, toute intervention active fut suspendue. La tumeur avait le volume du poing; le malade était tourmenté par une constipation opiniâtre; il s'anémiait et maigrissait. Le 16 septembre, il sortait de l'hôpital par congé de réforme n° 2; la tumeur persistait opiniâtrément, quoique légèrement diminuée de volume.

Un kyste seul, en effet, peut se comporter avec autant d'indolence, de bénignité apparente, avec une pareille liberté d'allures, une semblable indépendance vis-à-vis des tissus circonvoisins.

Etiologie. — La maladie paraît s'être développée sous l'influence d'un traumatisme. Le malade prétend en effet avoir reçu, six mois auparavant, un violent coup de pied à la région hypogastrique. A la suite de ce traumatisme, il a pu se produire, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la région hypogastrique gauche, un épanchement sanguin qui a été le point de départ du kyste. Cette hypothèse semblerait, jusqu'à un certain point, justifiée par la coloration brune du liquide retiré par la première ponction. Cette coloration tenait probablement à la présence, dans le liquide, de nombreuses hématies. Toutefois, comme le premier produit n'a pas été examiné, il nous est impossible de rien affirmer à ce sujet. Disons en passant que vu l'indépendance absolue du kyste, à l'égard des tissus environnants, il n'est pas possible d'admettre la vascularisation de ses parois, et, par suite, la production d'une hémorrhagie dans son enveloppe constituée.

La maladie a dû marcher très lentement, si l'on juge par l'épaisseur et la consistance assez grande de la poche kystique.

Après une discussion approfondie des éléments du diagnostic, l'auteur rejette l'idée d'un abcès froid ou chaud, d'un abcès par congestion, d'un kyste hydatique et admet un *kyste sous-péritonéal développé dans la région hypogastrique gauche, à contenu granulo-graisseux, dont les éléments primitivement séreux ont subi la métamorphose graisseuse.*

b. *Kystes hydatiques.* — Les kystes hydatiques de la région semblent être plus fréquents que les kystes simples. Mais leur intérêt est médiocre; ces tumeurs, en effet, ne semblent se développer dans cette partie de l'abdomen que comme une généralisation de tumeurs primitives ayant leur siège soit dans le foie, soit dans l'épiploon. Aussi, la symptomatologie appartient toute entière à ces kystes pri–

mitifs, et la localisation prévésicale n'est constatée le plus souvent qu'à l'autopsie.

Nous ferons à ce propos une remarque anatomo-pathologique assez curieuse, à savoir : la rareté extrême des kystes hydatiques à la partie antérieure de la vessie et leur fréquence relative à sa partie postérieure, entre cet organe et le rectum. Il suffit de parcourir le travail de M. Charcot (1) et les mémoires plus récents parus sur ce sujet (2) pour vérifier le fait.

(Observation de Richter, tirée du Journal de chirurgie, de Christian Loder, 1797, t. I.) (3)

Chez un homme qui portait plusieurs kystes hydatiques en diverses régions de l'abdomen, nous rencontrons au voisinage de la vessie un sac à parois très épaisses, si bien qu'au premier coup d'œil on crut avoir affaire à la vessie elle-même, distendue par l'urine ; mais une incision ayant été pratiquée dans la tumeur, il s'écoula une grande quantité d'un liquide clair avec plusieurs hydatides volumineuses. Le kyste hydatifère était situé sous le péritoine, entre cette membrane et l'extrémité supérieure de la vessie ; on put l'énucléer complètement, et ce n'est qu'alors qu'on aperçut la vessie elle-même.

L'émission de l'urine resta toujours naturelle, de même que la défécation, même dans les derniers temps de la vie.

Dans une annotation, Lover assure avoir rencontré un cas tout à fait analogue à celui de Richter et en conserver les pièces dans son cabinet.

(1) Gazette médic., 1852.

(2) Arch. génér. de médec, 1876, p. 481. Tumeurs hydatiques du petit bassin.

(3) Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin. Charcot.

Chez un malade observé par Budd (1), qui présentait des kystes hydatiques multiples de l'épiploon, on trouva une tumeur adhérente au sommet de la vessie urinaire (?). Enfin, l'espace prévésical peut être envahi secondairement par un kyste développé en un autre point du petit bassin (2).

Chez un malade qui succomba aux suites d'une ponction hypogastrique, on ne trouva ni péritonite, ni épanchement d'aucune espèce. Mais tout le petit bassin était rempli par une tumeur hydatique qui débordait la symphyse du pubis (3).

Enfin, M. Arnould (4) rapporte un cas de kyste hydatique siégeant sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à la partie moyenne de l'aine du côté gauche, dont la ponction retira 2 litres de sérosité jaunâtre, transparente, *d'odeur urineuse fortement prononcée* (?).

CHAPITRE II.

TUMEURS SOLIDES.

A. *Fibromes.*

Les tumeurs fibreuses qui se développent dans la région hypogastrique semblent n'être qu'un cas particulier des

(1) Davaine. Traité des entozoaires. Paris, 1860.
(2) Lesauvage. Bulletins de la Faculté de médecine, 1812.
(3) Bullet. Soc. anat., t. XXIV, p. 19, février, 1849.
(4) Recueil de mém. de méd., de chir., etc., t. XXI, 3e série, p. 346.

tumeurs de la paroi abdominale, bien décrites dans ces derniers temps (1) ayant pour siège de prédilection la partie latérale inférieure de l'abdomen et reliées en général par un pédicule plus ou moins volumineux à l'enceinte pelvienne, crête iliaque, épine antérieure, pubis, arcade de Fallope, gaine du muscle grand droit.

Leur développement sur la ligne médiane est tout à fait exceptionnel et je n'ai pu recueillir que quatre observations suffisamment probantes, dans lesquelles le point de départ et le siège de la tumeur soient expressément notés à la région hypogastrique médiane.

Le contrôle anatomique a fait défaut dans deux de ces faits : dans l'un, l'extirpation de la tumeur démontre que celle-ci prenait naissance au niveau des tendons d'insertion des muscles grands droits et de la partie inférieure de la ligne blanche. Il est noté dans l'observation que l'origine de la tumeur était aponévrotique et non périostique, quoiqu'elle reposât par une large base sur le pubis, qui était dénudé à la fin de l'opération. La tumeur se prolongeait assez loin à droite pour que son dégagement ait nécessité la ligature de l'artère épigastrique à sa naissance. (obs. II.). Elle put être énucléée facilement après la section du pédicule. L'examen microscopique de la production n'a pas été pratiqué.

Le point de départ peut être bien difficile à préciser, puisque nous voyons dans un cas la tumeur adhérer tellement à la vessie, qu'il est permis de se demander avec

(1) Bodin. Des Tumeurs fibreuses péri-pelviennes. Th. Paris, 1861. Salesse. Th. Paris, 1876.

Guyon. Etude sur les fibromes intra-pariétaux. Tribune médicale, 1876, p. 257 et Bullet. Académ. de méd., t. VI, nº 21, 1877.

l'auteur de l'observation si cet organe n'en était pas le siège primitif, (obs. IV.)

Dans un cas (ob. III), la diminution rapide de la tumeur sous l'influence des injections d'ergotine peut faire supposer la présence d'une quantité de fibres musculaires lisses, assez considérable dans ses parois. Cette particularité de structure a, du reste, été déjà notée (Panas) (1), et se retrouve dans l'une de nos observations.

Le développement assez rapide de la tumeur (15 et 18 mois, obs. I. et II.) porte à croire qu'il s'agissait de *fibro-sarcomes*. Dans les autres faits (obs. III et IV), la date du début n'est pas indiquée.

Trois cas se rapportent à des femmes âgées de 27 ans, 45 ans et 23 ans; un seul a trait à un homme, âgé de 55 ans, chez lequel la tumeur semble n'avoir envahi que secondairement l'espace prévésical.

Signes. Diagnostic. — Cette tumeur se présente sous forme d'une masse, siégeant à la région hypogastrique, symétrique ou à peu près par rapport à la ligne médiane, qu'elle déborde plus ou moins à droite et à gauche. Elle est signalée comme ayant le volume d'une tête de fœtus (obs. III), s'avançant jusqu'à trois centimètres au-dessous de l'ombilic (obs. II), et pouvant le déborder en haut de deux travers de doigt (obs. I), et se prolongeant à droite et à gauche dans les flancs.

En bas, elle se prolonge derrière la symphyse pubienne.

Les téguments sont sains, et les muscles droits de l'abdomen passent manifestement au devant de la tumeur.

A la palpation hypogastrique, on sent que la masse est

(1) Gazette des hôpitaux, 1873.

dure, résistante, nullement fluctuante en aucun de ses points, régulière ou au contraire mamelonnée par grosses masses. Elle est tantôt tout à fait immobile (obs. II) ou au contraire elle présente quelque légers mouvements de latéralité.

Le toucher vaginal montre que la tumeur se prolonge derrière la symphyse pubienne et fait saillie au niveau de la paroi vaginale supérieure. Les mouvements imprimés au niveau de l'hypogastre peuvent être perçus par le doigt introduit dans le vagin, et ne sont pas transmis à l'utérus, dont la mobilité reste indépendante. Le col est refoulé en arrière. (Obs. III.) Dans le même cas, on sentait entre l'utérus et la tumeur une masse mollasse, demi-fluctuante, qui n'était autre que la vessie interposée.

La sonde devait être introduite presque verticalement pour contourner la tumeur qui faisait saillie dans le vagin.

Les troubles fonctionnels ont fait presque constamment défaut; la miction s'exécute régulièrement, et l'urine n'a été notée qu'une fois un peu fétide, ammoniacale (obs. III). Une malade éprouvait seulement quelques douleurs dans l'aine et à la partie antérieure de la cuisse droite.

Mais cette tumeur acquiert une gravité exceptionnelle dans le cas de grossesse ; dans le fait rapporté par le Dr Faye (obs. IV), elle mit obstacle à l'accouchement naturel et nécessita une céphalothripsie. La malade succomba.

Le diagnostic de ces productions fibreuses peut présenter de grandes difficultés. Chez l'homme, où elles paraissent très rares, elles ne pourraient guère être confondues qu'avec un cancer de l'épiploon ; je renvoie pour cette partie du diagnostic aux intéressantes considérations développées dans la Clinique du professeur Verneuil (obs. II).

Chez la femme, elles font penser immédiatement à un

fibrome utérin, et le diagnostic peut être d'autant plus obscur que la coïncidence des troubles de la menstruation a été notée avec la tumeur prévésicale. (Obs. III.)

La mobilité de l'utérus indépendante de celle de la tumeur et réciproquement, la présence d'une poche fluctuante interposée entre le néoplasme et la matrice, l'adhérence de la masse à la symphyse pubienne et au-dessous d'elle constatée par le toucher vaginal, la direction verticale que prend une sonde introduite dans la vessie, constituent une série de signes qui peuvent conduire au diagnostic de cette affection dont l'histoire n'est pas encore suffisamment faite.

Observation I.

Tumeur fibreuse de la cavité de Retzius.
(Clinique du professeur Verneuil, 16 mai 1879, recueillie par M. Colin, externe du service.)

Il s'agit d'un homme de 55 ans environ, entré dernièrement dans notre service pour une tumeur abdominale dont le diagnostic ne laisse point que d'être fort incertain. Cet homme vigoureux, d'une excellente santé habituelle s'aperçut, il y a quinze mois, de la présence, un peu à droite et au-dessus de l'ombilic, d'une tumeur du volume d'une grosse noix environ, survenue sans cause et sans que le moindre traumatisme ait pris part à sa naissance. Peu à peu, sans grande douleur et sans que l'état général en souffrît beaucoup, elle prit un accroissement considérable, au point qu'aujourd'hui elle occupe les trois quarts de l'abdomen. Un simple coup d'œil permet de voir que la paroi abdominale est soulevée par une tumeur volumineuse étendue depuis le pubis derrière lequel elle descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; à droite et à gauche elle se prolonge vers les flancs, mais surtout à droite. A la palpation, cette tumeur paraît superficielle, mamelonnée, par grosses masses, dure, de consistance fibreuse, sans la moindre

fluctuation ou rénitence en aucun point. Les limites supérieures sont nettement perceptibles; on sent un bourrelet arrondi, grossièrement mamelonné; latéralement ses limites sont diffuses; en bas, la tumeur pénètre dans l'excavation pelvienne. On ne perçoit aucun battement; sa masse n'est point complètement immobile et on peut lui imprimer quelques légers mouvements de latéralité, mais fort limités, peut-être par l'existence de brides fibreuses.

Deux points restent à noter dans cet examen local : dans le scriptum il n'ya qu'un seul testicule; au niveau de l'ombilic, la cicatrice est large et a dû, à un moment donné, laisser passer quelque pointe de hernie. Ces anomalies font passer dans l'esprit deux hypothèses. On pourrait évidemment songer à une tumeur testiculaire en ectopie, comme j'ai eu, il y a trois ans, l'occasion d'en observer un fait; ce n'est certainement pas le cas ici, D'autre part, au voisinage des hernies ombilicales on voit quelquefois se former une tumeur péri-ombilicale, par suite d'adhérences multiples entre les circonvolutions intestinales de l'épiploon; ici la tumeur est trop dure, trop volumineuse et les antécédents s'opposent du reste à cette hypothèse.

Quelle est la nature de cette tumeur? Telle est la première question à résoudre. En raison de sa forme et de sa consistance, il n'y guère que deux hypothèses en présence : le cancer et le fibrome. Le cancer doit, je le crois, être éliminé de suite; l'état général, la marche, etc., me font rejeter ce diagnostic. Reste donc la tumeur fibreuse qui me paraît le mieux être en rapport avec les signes locaux ou généraux. Mais s'il s'agit d'une tumeur fibreuse, quel en est le siège, quels en sont les rapports? La tumeur est-elle intra-abdominale, ou plutôt intra-péritonéale? Je ne le crois pas; chez l'homme, les tumeurs fibreuses intra-abdominales doivent être, si elles existent, fort rares. Je vous ai dit que je repoussais l'idée d'un cancer; si la tumeur était intra-abdominale, il faudrait admettre un cancer du grand épiploon; mais au-dessus d'elle, la cavité abdominale est libre, sonore, il n'y a point d'ascite; aussi suis-je conduit à placer le siège de la tumeur dans l'épaisseur des parois abdominales elles-mêmes. Vous savez qu'on a noté plus d'une fois l'existence de fibromes de la paroi abdominale. J'en ai moi-même observé un cas dans lequel, il est vrai, la tumeur adhérait au bord supérieur du palais. Ordinairement leur développe-

ment est unilatéral, et se fait tantôt à droite, tantôt à gauche. Je repousse donc, par ce seul fait, l'existence d'un fibrome né du périoste des os du bassin. S'agit-il d'une tumeur fibreuse née dans la gaine aponévrotique, dans des muscles droits? Je ne le crois pas non plus, car ici encore la tumeur serait unilatérale, refoulerait plus ou moins la ligne blanche qui ne cède que difficilement. Toutes ces considérations me conduisent à placer cette tumeur dans une cavité, virtuelle il est vrai, située dans la couche la plus profonde de la paroi abdominale, je veux parler de la cavité de Retzius. En un mot, je crois qu'il s'agit là d'une tumeur fibreuse qui remplit et distend la cavité de Retzius.

Observation II.

Fibrome aponévrotique de la paroi abdominale antérieure, par Le Bard, interne des hôpitaux.

Lyon médical, 1877, t. XXVI, p. 301.

Marie Michon, âgée de 27 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, service de M. Fochier. Cette femme qui habite la campagne est robuste et présente toutes les apparences d'une bonne santé. Mariée depuis 6 ans, elle a eu une seule fille, actuellement âgée de 5 ans, bien portante ; l'accouchement a été facile et les suites fort simples.

Elle présente une tumeur située dans la région hypogastrique qui a débuté il y a dix-huit mois environ. Le développement a été lent et régulier, sans présenter de rapports avec la menstruation, d'ailleurs normale, et sans avoir occasionné de troubles fonctionnels du côté des organes de l'abdomen. Depuis quelques semaines seulement elle sent quelques douleurs irradiées dans le pli de l'aine et sur la face antérieure de la cuisse, du côté droit.

La tumeur est située sur la ligne médiane, assez exactement symétrique, globuleuse, remontant jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic et débordant la ligne médiane de 4 centimètres environ de chaque côté, un peu plus à droite qu'à gauche. Elle est dure, immobile, et paraît adhérente au pubis par sa partie infé-

rieure. Non seulement la peau glisse facilement sur elle, mais on constate que les muscles grands droits passent au devant d'elle. Le toucher montre que la tumeur se prolonge derrière la symphyse pubienne, faisant une saillie notable lorsque le doigt déprime la paroi vaginale supérieure.

M. Fochier porte le diagnostic de fibrome aponévrotique intrapariétal, situé dans la cavité de Retzius entre les muscles grands droits et le péritoine, sans adhérences étendues à cette séreuse. Aussi, en présence de l'accroissement continu de la tumeur et de l'âge de la malade, il se décide à l'extirpation.

L'opération est pratiquée le 29 mai. Après une incision sur la ligne médiane, remontant de l'angle du pubis jusqu'à la limite supérieure de la tumeur, on ouvre la gaîne de chaque muscle grand droit et ceux-ci sont rejetés vers les parties latérales : on constate alors que la tumeur n'est adhérente qu'à leurs tendons d'insertion, où elle paraît avoir pris naissance aussi bien que dans la ligne blanche, de sorte que, à sa partie inférieure, la tumeur présente une large base fixée au pubis sur une grande étendue. Ce développement de la tumeur dans les tendons des grands droits oblige à sectionner les faisceaux musculaires qui par le fait s'insèrent sur la tumeur. La base se prolonge plus loin à droite et son dégagement nécessite la ligature de l'épigastrique près de sa naissance. L'énucléation se termine facilement après la section du pédicule. Le fond de la plaie est formé par le fascia transversalis entamé sur quelques points et laissant voir la graisse sous-péritonéale. A la partie inférieure, le pubis est dénudé sur l'étendue de 3 centimètres environ, quoique l'origine de la tumeur fût aponévrotique et non périostique. Un drain est placé circulairement sur les limites de la plaie et la peau réunie par une suture enchevillée, sauf à la partie inférieure de l'incision, qui laisse passer les deux bouts du tube à drainage.

Suites de l'opération fort simples : le tout marche rapidement à la guérison, sans autre incident à noter que des envies fréquentes d'uriner dues à la gêne apportée à la distension de la vessie et qui d'ailleurs cessent avant le départ de la malade pour faire place à une miction normale.

Observation III.

Fibrome ou fibro-myome prévésical.

(Observation due à M. Havage, interne des hôpitaux.

La nommée M..., âgée de 45 ans, entre le 23 juillet 1878 à l'hôpital Temporaire, dans le service de M. Legroux.

Cette femme a joui jusqu'alors d'une excellente santé.

Elle n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches.

Ses règles sont apparues pour la 1re fois à 18 ans ; elles ont toujours été régulières, mais étaient abondantes , ne duraient pas moins que cinq à six jours, et étaient quelque peu douloureuses.

Il y a un mois environ, la malade, au moment d'une époque menstruelle, fit l'imprudence d'aller au lavoir ; ses règles se supprimèrent, des douleurs de ventre et des vomissements apparurent qui la forcèrent à garder le lit pendant près de trois semaines. Au bout de quelques jours de repos, les règles réapparurent et n'ont pas cessé depuis. C'est pour cette métrorrhagie et l'état anémique qui en a été la conséquence, que la malade demande son entrée à l'hôpital.

En procédant à l'examen du ventre, on constate la présence d'une tumeur dont la malade ignorait absolument l'existence. C'est tout au plus si elle s'était aperçue que le ventre avait un peu augmenté de volume depuis quelque mois ; en tout cas, elle affirme positivement que cette tuméfaction est de date plus ancienne que la récente suppression des règles.

La tumeur est située au dessus du pubis, sur la ligne médiane. Elle a le volume d'une tête de fœtus. Sa consistance est celle d'une tumeur fibreuse, c'est-à-dire qu'elle est dure et peu rénitente ; sa surface ne présente pas de bosselures ni même d'irrégularités bien appréciables. Elle n'est pas douloureuse à la pression. On la limite très aisément, en déprimant autour d'elle la paroi abdominale, et on peut même la poursuivre avec l'extrémité des doigts jusque derrière la symphyse du pubis. De plus, on lui imprime facilement des mouvements de latéraité, peu étendus, c'est vrai, mais cependant très-nets, en la déplaçant en masse.

On croyait déjà avoir affaire à une tumeur fibreuse de l'utérus, quand on pratiqua le toucher vaginal.

Le col est porté très en arrière, mou et presque effacé. En avant de lui, se trouvent la tumeur dont les mouvements imprimés par le doigt se transmettent facilement à la main, appuyée sur l'abdomen. Quant à l'utérus, il conserve un certain degré de mobilité, et ses mouvements sont indépendants de ceux de la tumeur. De plus, pendant cet examen, on est frappé par une sensation particulière qu'éprouve le doigt : il semble qu'entre lui et la tumeur, il y ait une sorte de place mollasse, dépressible, demi-fluctuante. On pratique alors le cathétérisme. On remarque que la sonde se dirige presque verticalement, et qu'elle doit contourner la tumeur qui fait saillie dans le vagin. En effet, introduisant de nouveau le doigt dans cette cavité on sent la sonde dans toute son étendue. La tumeur, à n'en pas douter, est donc indépendante de l'utérus, et siège en avant de la vessie, probablement dans la cavité de Retzius.

L'urine, retirée par la sonde, est un peu fétide, ammoniacale, comme si elle avait séjourné dans la vessie. Toutefois la malade n'a jamais eu de troubles de la miction.

On prescrit des injections hypodermiques d'ergotine Yvon, qu'on renouvelle tous les jours, et quelquefois plusieurs fois par jour, jusqu'au 11 août, époque à laquelle la perte a définitivement cédé.

Soit sous l'influence seule du repos, soit sous l'influence de l'ergotine, la tumeur a notablement diminué ; au moment où la malade quitte l'hôpital, le 20 août, la tumeur n'a plus à peine que le volume du poing. Elle a, d'ailleurs, conservé tous ses caractères extérieurs de forme et de consistance.

Observation IX.

Fibromyome volumineux développé aux dépens de la vessie dans le grand et le petit bassin ayant opposé à l'accouchement un obstacle très grand. Mort, par le professeur C. Faye de Christiania. (Nord. med. Ark. III, n° 10/1871 et Schm. Jahrb., 1872, Hft. I, p. 294.)

Autopsie. — Tumeur du volume de la tête d'un adulte, oblitérant en grande partie le détroit supérieur, plongeant par son tiers

inférieur dans le petit bassin ; partie supérieure faisant un relief de 12 centimètres environ au dessus du bassin ; tumeur développée entre le fascia transversalis et le péritoine, nettement limitée, légèrement tubulée et inégale à sa surface, de consistance solide, presque fibreuse, 18 à 19 centimètres de long sur 16 à 17 de large. En bas, prolongement de la grosseur d'un œuf le long de l'urèthre. La tumeur siègeait surtout à droite : organes du bassin déprimés vers la gauche ; vessie réfoulée en arrière ; adhérence certaine avec la tumeur.

Fibromyome sans connexion avec l'utérus et ses annexes ; développement très probable aux dépens de la vessie et peut-être aux dépens du tissu cellulaire sous-péritonéal.

B. *Exostoses.*

D'après A. Cooper (1), Boyer rapporte un cas d'exostose qui naissait du pubis, déterminait une rétention d'urine, s'opposait à l'introduction de la sonde et amena ainsi la mort du malade.

Cloquet et Bérard (2) ont rapporté un autre cas remarquable d'exostose trouvée sur le cadavre d'une vieille femme morte à l'hôpital Saint-Louis. Deux exostoses éburnées naissaient de la partie postérieure du pubis, avaient détruit la paroi antérieure de la vessie et se trouvaient à nu dans la cavité de cet organe, de sorte que pendant la vie, on aurait très bien pu la prendre pour des pierres urineuses adhérentes.

Robert (3) a fait allusion à ces faits dans les lignes suivantes : « On voit, surtout chez des personnes âgées, un

(1) Œuvres chirurgicales, 1837, p. 595. Il m'a été impossible de trouver dans Boyer l'observation à laquelle A Cooper fait allusion.

(2) Dict. en 30 vol., article *exostoses*, t. XII, p. 483, 1835.

(3) Journal des Progrès, t. VIII, p. 190.

tubercule placé derrière la symphyse pubienne, saillant dans la vessie et que l'on pourrait prendre pour un calcul par le cathétérisme et qui est un obstacle à la taille sus-pubienne...

...Il n'est pas rare de voir une crête osseuse qui partant du pubis remonte à un et même deux pouces au-dessus de lui, en se confondant intimement avec la ligne blanche dont elle semble être une partie. Cette disposition a été rangée parmi les causes qui contre-indiquent la taille sus-pubienne. Elle ne se montre cependant pas assez souvent pour faire rejeter une opération dont les auteurs ont constaté le succès, »

On trouve dans Moreau (1) la mention suivante : « Il existe dans la collection de la Faculté de Paris, un bassin dont la cavité est remplie presque en totalité par une exostose née du corps du pubis droit et de la branche ischio-pubienne du même côté et dans l'Atlas correspondant au traité (2) l'auteur décrit cette exostose : « une énorme tumeur bosselée, irrégulière et recouverte par un grand nombre d'aspérités à son grand diamètre qui est placé verticalement à quatre pouces cinq lignes ; elle adhère à la partie supérieure de la symphyse du pubis, à la branche ascendante de l'ischion, descendante du pubis et à la paroi cotyloïdienne droite,.. Elle ressemble assez bien à une exostose. » »

Une production de même nature a été trouvée chez un cheval par M. Bouley (3) ; cet animal ayant succombé à des accidents de rétention d'urine, on reconnut à l'autop-

(1) Traité des accouchements, t. I, p. 75.
(2) Atlas, planche II, fig. 2.
(3) Académie royale de médecine, séance du 4 janvier 1841.

sie qu'une production osseuse, conique, naissant du pubis, avait perforé la vessie et donné lieu à un épanchement d'urine dans le bassin.

C. *Enchondrome.*

D'après Virchow (1), la symphyse pubienne produit à sa face postérieure des excroissances cartilagineuses qui proéminent vers la cavité abdominale sous forme de tuméfaction.

C'est probablement à un fait de ce genre que se rapporte une observation concise rapportée par Sev. Pineau (2) : « ...quod a nobis pluribusque aliis medicis ac chirurgis « Lutetiæ visum in cadavere honestissimæ mulieris, in dif- « ticili eam ob causam puerperio vità functœ, quæ dictam « apophysin prælongam præter naturam habebat ossi pu- « bis sinistro innatam intus prope synchondroseos infernum « finem. Os pudbis tali preditum apophysi alias dedi Do- « miro Paneo primario Regis Chirurgo. »

M. Guersant a montré à la Société de chirurgie (3) un enfant de 2 ans, d'une bonne constitution, portant à la région pubienne et probablement dans l'épaiseur même des os une tumeur du volume d'une pomme et qui fait saillie à la fois dans le bassin et à l'extérieur. La miction n'était pas gênée. L'apparition de cette tumeur était récente. Cependant on ne pouvait songer à une opération.

(1) Pathologie des tumeurs, t. I, p. 441.

(2) Sev. Pinœus, de virginitatis notis, graviditate et partu, Lugd. Batav ; anno 1641, opuscul. physiolog. et anatom., lib. II, p. 139.

(3) Bullet. de la Soc. de chirurgie, 1re série, t. VI, p. 527, 21 mai, 1856.

M. Guersant crut qu'il s'agissait d'un enchondrome et dans l'hypothèse où la cause productrice serait la syphilis ou la scrofule, il se proposait d'administrer le traitement ioduré.

D. *Des corps étrangers.*

Outre le cas auquel nous avons déjà fait allusion à propos de l'étiologie du phlegmon de la cavité prévésicale et qui a trait surtout à un corps étranger de la vessie faisant en même temps saillie dans le tissu cellulaire placé au devant de cet organe, nous ne trouvons qu'un seul autre fait de corps étranger enkysté dans ce même siège.

Il a été rapporté par Larrey à qui nous l'empruntons (1).

Chez un capitaine, blessé d'un coup de feu à Waterloo, il se produisit, dix-huit mois après la blessure, une tumeur assez volumineuse dans le fond de l'aine droite et vers le pubis, avec élancements, gêne de la miction. Après deux à trois jours, il se fit une évacuation abondante par la plaie d'une matière d'odeur urineuse. Guérison momentanée. Le malade, néanmoins, continuait à souffrir et à se plaindre d'une douleur sourde avec gêne et pesanteur au bas de la ligne blanche, sentiment qu'il rapportait à la présence de la balle qu'il avait reçue à Waterloo.

En effet, on sentait profondément, au point le plus déclive de la ligne blanche, une petite tumeur ovoïde dure, rénitente, où se manifestait de la douleur lorsqu'on y exerçait une pression un peu forte. Ces indices nous portèrent à lui proposer une incision pour aller chercher le projectile ; mais, comme j'entrevoyais quelque difficulté dans l'exécution de cette opération, quoique fort simple en apparence, je fis appeler M. le D[r] Ribes en consultation et je fis en sa présence l'opération indiqué. L'incision faite aux téguments épais que recouvraient cette tumeur (le sujet était d'un em-

(1) Larrey. Clinique chirurgicale, 1829, t. II, p. 535.

bonpoint considérable), nous isolâmes un kyste celluleux de la grosseur d'un œuf de poule que nous enlevâmes en entier, ce qui mit à découvert la ligne blanche et le muscle pyramidal gauche sans que nous aperçussions aucune trace de projectile. Cependant nous découvrîmes, dans cette ligne fibreuse, une petite ouverture à travers laquelle un stylet nous fit reconnaître un corps dur métallique, situé à un pouce de profondeur, entre la branche horizontale gauche de l'os pubis et le corps de la vessie. Je ne balançai point à débrider inférieurement la portion aponévrotique de cette ouverture pour arriver facilement au corps étranger que nous avions reconnu; mais il était tellement serré dans une espèce de kyste fibreux qui l'enveloppait que nous ne pûmes l'extraire qu'après avoir largement incisé ce kyste : enfin nous en fîmes l'extraction au moyen d'une petite tenette à polype. Ce corps étranger s'est trouvé être une balle du poids d'une once, incrustée d'une couche circulaire de matière calcaire....... Guérison en trois ou quatre semaines.